Maurice Berger

# L'enfant instable

*Approche clinique et thérapeutique*

**3e édition**

DUNOD

# L'enfant instable

Maurice Berger

# L'enfant instable

## Approche clinique et thérapeutique

*3e édition*

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.
Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

DANGER
LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

© Dunod, Paris, 2013

© Dunod, Paris, 1999 pour la première édition

ISBN 978-2-10-070140-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).
Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

*Avant-propos à la troisième édition* IX

*Introduction. La pathologie du mouvement* 1

**1. L'instabilité psychomotrice chez l'enfant : description et hypothèses actuelles** 5

Description de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant 5

*Une fréquence en augmentation*, 5 • *Âge d'apparition et répartition selon le sexe*, 6 • *Hyperkinésie et trouble de l'attention*, 7 • *L'impulsivité*, 7 • *Les troubles associés*, 7 • *Un trouble hors représentation*, 8 • *Les risques de l'instabilité*, 8

Principales hypothèses actuelles 9

*L'hypothèse génétique*, 9 • *L'hypothèse neurophysiologique*, 10 • *Les théories psycho-dynamiques*, 12

**2. Classification de l'instabilité psychomotrice** 19

Les instabilités liées à des interactions précoces très défectueuses – 18 cas 21

La dépression maternelle précoce – 16 cas 25

Les enfants soumis à un forçage éducatif – 13 cas 28

Les mères instables ou « nerveuses » 32

*Les mères instables*, 32 • *Les mères « nerveuses »*, 34

Une discontinuité ou une pauvreté d'investissement de la part de l'environnement maternel précoce – 2 cas 34

Les instabilités concomitantes d'autres troubles instrumentaux – 4 cas 37

Les instabilités sans cause repérable – 2 cas 37

**3. L'observation de la vie psychique des enfants instables** 39

Une observation contemporaine de l'apparition de l'instabilité 40

Nos dispositifs d'observation et de prise en charge 43

*L'abord psychothérapique familial*, 43 • *La prise en charge individuelle*, 44 • *La psychothérapie individuelle de l'enfant*, 45 • *Le groupe d'enfants*, 55 • *La thérapie psychomotrice*, 58 • *Une forme de pathologie de la transitionnalité*, 64

**4. Premières hypothèses théoriques** 65

Les relations entre pensée et mouvement 65

Un défaut dans la relation à l'objet primaire 68

*Un holding défectueux*, 69 • *Les procédés autocalmants*, 74 • *Un échec dans la constitution de l'espace imaginaire et de la rythmicité*, 76 • *La présence « flottante » de l'ennemi*, 79

Une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre 80

*La capacité d'être seul en présence de l'autre*, 81 • *L'immobilisation de l'objet menaçant*, 81 • *La mise de l'objet à l'extérieur de soi*, 83 • *Le corps, objet malléable et insaisissable*, 84 • *L'agitation comme défense contre le débordement pulsionnel*, 84 • *L'utilisation de l'objet comme miroir visuel*, 85

Instabilité et pulsions sexuelles 86

**5. Trois exemples de processus thérapeutique** 89

Observation n° 10. Marie H 90

*La prise en charge en psychomotricité*, 90

Observation n° 11. Amélie T 95

*La prise en charge en psychomotricité*, 95

Observation n° 12. Jérôme L 98

**6. L'utilisation de la Ritaline** 109

Une prescription bien tempérée 109

L'impact sur l'instabilité et sur le rétablissement de la continuité de la pensée 111
Les problèmes d'écopharmacologie 112
*Les résultats*, 112

**7. Trois notes cliniques** 115
L'enfant instable joue-t-il vraiment ? 115
*L'essence du jeu*, 115 • *Le jeu de l'enfant instable*, 116 • *Jeu et thérapie*, 117
La Ritaline comme étayage du travail psychothérapique 119
Réflexions sur l'incertitude 125
*À propos de l'instabilité*, 125 • *Instabilité d'origine neurologique et/ou d'origine psychique ? Conséquences cliniques et thérapeutiques*, 135

**8. De la résidence alternée aux neurosciences** 139
Résidence alternée et THADA 139
Modélisation neuropsychologique 142
THADA et troubles des conduites 144
Prescription de Méthylphénidate avant 6 ans 145
Annexe 1 : les fonctions exécutives selon le modèle de Barkley 146
*Modèle explicatif et théorique*, 147 • *Tableau explicatif des fonctions exécutives*, 148

*Conclusion* 153

*Table des observations* 155

*Bibliographie* 157

*Index* 163

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

# Avant-propos à la troisième édition

NOS CONNAISSANCES en matière d'hyperkinésie avec troubles attentionnels ne cessent d'évoluer, et ceci dans deux directions.

D'un côté, le résultat des recherches concernant les conséquences de la résidence alternée chez les enfants âgés de moins de 5 ans aboutissent à des résultats surprenants : on voit apparaître des prémices du thada chez des enfants âgés de deux à trois ans, puis cette pathologie s'installe de manière statistiquement plus fréquente par rapport au groupe d'enfants vivant en hébergement principal. C'est la confirmation de l'hypothèse émise en 1962 par Winnicott selon laquelle « toute carence dans les expériences de continuité de l'existence peut être à l'origine d'agitation, d'hyperkinésie, et d'inattention appelée plus tard inaptitude à se concentrer ».

D'un autre côté, la compréhension neuropsychologique des hyperkinésies avec troubles attentionnels d'origine neuro-développementale progresse aussi. Les concepts de « défaut d'inhibition » et « d'aversion du délai » sont importants pour comprendre ces troubles et envisager l'attitude éducative la plus adaptée. Nos connaissances en ce domaine s'accroîtront probablement prochainement avec les progrès de l'imagerie fonctionnelle cérébrale.

Nous n'avons donc pas d'autre choix que d'accepter de travailler dans ces deux registres et d'y adapter nos pratiques thérapeutiques concernant aussi bien les enfants que leur famille.

*Introduction*

# La pathologie du mouvement

CERTAINS adultes ou enfants se meuvent, bougent, utilisent leur corps d'une manière inhabituelle. On peut émettre l'hypothèse que ces personnes présentent une « pathologie du mouvement », qui a été peu explorée comme telle jusqu'à présent, ceci pour au moins deux raisons.

La première, c'est que ces sujets ne souffrent pas, ne se plaignent pas, et généralement ne se rendent pas compte de l'aspect inhabituel de leur gestualité. Le plus souvent, seule la gêne occasionnée indirectement par cette pathologie du mouvement amène certaines personnes à consulter. Ainsi pour les enfants instables, la demande de consultation en service de psychologie de l'enfant est plus souvent motivée par leurs difficultés d'apprentissage à l'école que par leur instabilité elle-même.

La deuxième raison, c'est que le mouvement, dans la mesure où il ne s'accompagne pas forcément de mots, est un domaine qui n'est pas d'accès aisé aux psychanalystes. P. Denis (1992), dans son article intitulé « Emprise et théories des pulsions », souligne la difficulté qu'ont les psychanalystes à intégrer le fonctionnement musculaire

dans la théorie psychanalytique, en particulier depuis les « dérapages » de W. Reich. « Le muscle est le mal aimé de la psychanalyse[1]. »

On peut distinguer actuellement au moins quatre formes de pathologie du mouvement :

1. *L'instabilité psychomotrice chez l'enfant.*

2. *Les formes mineures ou séquellaires d'instabilité psychomotrice chez l'adulte*, en particulier :

– l'hyperactivité dans le cadre familial, ou professionnel où elle est souvent efficace et valorisée socialement ;
– le besoin de tripoter des objets, d'avoir les mains toujours occupées (appuyer sur le bouton pressoir d'un stylo bille par exemple) ;
– la parole trop abondante, même si le propos est parfaitement pertinent, débit « déclenché » par le contact avec l'autre, l'action vocale est ici une forme d'expression motrice (P. Marty, M. Fain, 1954).

3. *Le fonctionnement psychique et corporel des sportifs de haut niveau.* À la différence du sportif amateur, pour lequel prédomine la notion de plaisir corporel lié à une sensation d'éveil et d'unification des grandes fonctions corporelles, motricité, respiration, circulation sanguine, vision, activité labyrinthique, coordination œil-corps et œil-main, le fonctionnement psychique du sportif de haut niveau se caractérise, surtout dans les sports individuels, par une forme d'activité motrice qui présente les spécificités suivantes :

– la recherche compulsive de sensations extrêmes, ce qui entraˆne une souffrance et une effraction des limites naturelles du fonctionnement corporel ;
– un besoin d'expulser une agressivité interne importante que le sujet n'est pas parvenu à élaborer et à lier sous la forme d'ambivalence, du fait d'événements particuliers de son histoire ;
– dans les sports à risque, la reproduction d'une mise en situation de danger de mort, qui renvoie le sujet à des événements de son histoire personnelle et lui permet de constater sa capacité d'y survivre. Mais le triomphe sur ce danger n'est jamais une preuve suffisante et

1. P. MARTY et M. FAIN ont cependant souligné en 1954 l'importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet.

de longue durée, et le sujet est condamné à répéter cette mise en situation pour vérifier à nouveau ses possibilités de la surmonter ;

– enfin, la dimension narcissique est souvent présente sous la forme de la figure du héros. Parfois même, les sportifs de haut niveau sont mis en demeure, à leur insu, de concrétiser les désirs « mégalomaniaques » non réalisés de leurs parents.

Si cette forme de motricité peut devenir, chez certains sujets, l'équivalent d'un symptôme psychosomatique indispensable à leur économie psychique, elle a aussi une dimension artistique admirable, sous-tendue par une recherche de l'esthétique et une passion du geste parfait[2].

*4. Les anomalies de la conduite automobile.* Mis à part le problème de l'alcoolisme au volant, on a trop tendance à ne souligner que l'aspect transgressif ou machiste des conducteurs qui commettent des infractions, en faisant alors appel à des théories qui nous paraissent insuffisantes. Les responsables de la sécurité routière connaissent les effets limités des appels au civisme, de la menace surmoïque des sanctions, de l'évocation de l'accident.

On peut penser que de nombreux accidents sont liés au fait que l'inhibition de la motricité (limitation de vitesse, arrêt pour respect de la priorité ou d'un panneau « stop », etc.) est mal supportée corporellement par certaines personnes. Une enquête (*Auto Moto*, 1998) indique que les conducteurs français sont ceux qui, en Europe, considèrent le moins la vitesse excessive comme un facteur de dangerosité, tout en étant en même temps ceux qui sont le plus d'accord pour que les constructeurs soient obligés de limiter la vitesse maximale de leurs véhicules, comme si les « anomalies » de conduite ne pouvaient être contrôlées que de l'extérieur, par un bridage du moteur, et non pas à partir d'un mouvement interne au sujet. Et il semble que les mesures parmi les plus efficaces soient les aménagements du réseau routier qui imposent des ralentissements souples, sans arrêt total, donc plus aisément intégrables aux schèmes d'activité motrice.

Dans cet ouvrage, nous nous contenterons d'explorer la première forme de la pathologie du mouvement, l'instabilité psychomotrice chez l'enfant.

2. L'ensemble de ces éléments est décrit dans un autre travail (M. Berger, 1998).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

*Chapitre 1*

# L'instabilité psychomotrice chez l'enfant : description et hypothèses actuelles

## Description de l'instabilité psychomotrice chez l'enfant

Cette sémiologie, bien connue, n'est pas simplement une amplification de certains aspects du comportement normal de tout enfant.

### Une fréquence en augmentation

L'instabilité psychomotrice est un symptôme que l'on rencontre de plus en plus fréquemment en consultation de psychopathologie de l'enfant. Il nous paraît trop rapide de vouloir relier cette augmentation à une baisse de la tolérance sociale face à ce comportement, car dans les situations cliniques que nous allons décrire, les enfants présentent souvent une hyperkinésie majeure, telle que le consultant se sent

rapidement fatigué, « soûlé », et parfois même sa vue se brouille. Et pourtant, ces enfants étaient dans cet état depuis plusieurs années avant la demande de consultation. On imagine à quel point un comportement de cette sorte doit pouvoir perturber une classe ou être épuisant pour les parents.

Ainsi donc, dans notre expérience « française », la tolérance des enseignants, des pédiatres, et des parents, est le plus souvent telle que ne nous sont adressés en consultation pour instabilité psychomotrice que des enfants en proie à une symptomatologie qui leur cause un préjudice important au niveau de leurs possibilités d'apprentissage, de leur intégration groupale, et de la qualité des liens qu'ils nouent avec leurs proches. L'absence d'inquiétude de certains parents nous semble même préoccupante.

Un autre signe de cette tolérance apparaˆt dans le fait que beaucoup d'enfants cités dans cet ouvrage nous ont été adressés pour des difficultés d'apprentissage tenaces, dans le cadre de notre consultation consacrée à la prise en charge psychanalytique des troubles de l'apprentissage (*cf.* M. Berger, 1996), sans que le diagnostic d'instabilité psychomotrice ait été évoqué, et c'est nous qui avons été amenés à le poser. Dans notre démarche que nous souhaitons dénuée d'a priori, nous préférons dire que nous ignorons les raisons de cette augmentation, et simplement souligner qu'elle risque de devenir dans quelques années un problème de santé publique.

## Âge d'apparition et répartition selon le sexe

L'âge d'apparition est variable. M. Zanotti (1998) indique que certains enfants présentent un premier symptôme très précoce, l'absence de repos postprandial après la tétée, ce que nous n'avons observé qu'une fois. Parfois, c'est autour de six-huit mois, ou au moment de la marche que l'instabilité apparaˆt. Dans d'autres situations, c'est au moment des premières contraintes scolaires. Il serait intéressant d'étudier si la variabilité de l'âge d'apparition de l'instabilité correspond à des contextes cliniques différents.

La prédominance du sexe masculin est classique, mais là aussi variable. Dans notre étude, nous trouvons 59,7 % de garçons et 40,3 % de filles.

## Hyperkinésie et trouble de l'attention

L'instabilité psychomotrice se manifeste sous les formes suivantes :

– une instabilité motrice, l'hyperkinésie : l'enfant gigote beaucoup, est maladroit, se lève en classe, parle sans arrêt, privilégie les jeux moteurs, etc. ;
– ou une instabilité psychique : l'enfant présente des troubles de l'attention et de la concentration, ne peut pas rester plus de quelques minutes sur un travail scolaire ou un jeu, ne peut pas regarder en entier une cassette vidéo, ne peut pas suivre les consignes.

L'hyperkinésie et les troubles de l'attention coexistent souvent, l'enfant lâchant aussi bien une activité pour une autre qu'une pensée pour une autre.

Il n'est pas rare qu'un enfant soit tranquille lors du premier rendez-vous, mais si celui-ci a une durée d'environ trois quarts d'heure, les signes d'instabilité vont souvent apparaître en fin d'entretien (ou lors du deuxième rendez-vous). Ou encore, au cours d'un bilan de psychomotricité, après un temps de calme, l'instabilité apparaîtra dès que la motricité sera stimulée, l'enfant perdant alors tout contrôle (B. Ropers).

## L'impulsivité

Elle est fréquente : l'enfant interrompt les autres, ne peut pas attendre son tour, ne peut pas penser les séquences, a un contrôle difficile des émotions avec souvent des colères explosives et un refus d'obéir.

Le DSM IV permet de repérer ces éléments de manière relativement objective.

## Les troubles associés

Ce sont fréquemment les suivants :

– une dyslexie-dysorthographie et des difficultés de mémorisation ;
– une fragilité narcissique importante qui amène les enfants à éviter les situations où ils sentent en échec, en particulier celles qui comportent trop de nouveauté. D. Flagey (1973) parle même de répugnance de l'enfant à aborder une tâche où il pourrait ressentir une insuffisance.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Ainsi un enfant qui sait faire du vélo refuse, à l'étonnement de ses parents, qu'on lui offre un VTT sans donner d'explications. Ce n'est qu'après avoir fait un essai quinze jours plus tard sur le VTT d'un camarade qu'il accepte, car il a constaté qu'il ne sera pas en échec dans l'utilisation de ce nouveau genre de vélo. Certains enfants se sentent fautifs lorsqu'on leur montre qu'ils ont commis une erreur et réagissent par une colère destinée à « sauver la face[1] » ;

– une angoisse lorsque l'enfant est seul même si ses parents sont proches dans une autre pièce de la maison, ou même s'ils ne s'absentent que pour une courte durée.

## Un trouble hors représentation

L'instabilité est un trouble hors représentation, en ce sens que le sujet ne se voit pas bouger sans cesse, ne s'entend pas parler de manière ininterrompue et parfois impertinente. Il ne se représente pas sa manière d'être, n'en souffre pas, ne réalise pas à quel point elle peut le gêner dans ses apprentissages et constituer une surcharge visuelle et auditive pour les autres.

## Les risques de l'instabilité

Le risque est d'abord cognitif, c'est-à-dire scolaire. L'apprentissage à l'école primaire, qui demande à un enfant de rester assis et attentif environ cinq heures et demie par jour, puis un moment le soir pour effectuer quelques devoirs, est difficilement compatible avec l'instabilité. Le risque est aussi affectif et social car ces enfants ont parfois du mal, du fait de leur impulsivité, à s'intégrer dans un groupe. Ceci peut aboutir à un rejet de la part des institutions scolaires ou même de la part de certains membres de la famille, épuisés ou excédés par le comportement de l'enfant.

1. On peut se poser ici la question de la relation entre certaines formes d'instabilité et le début d'une névrose de caractère : certains de ces enfants veulent toujours avoir raison, ne ressentent souvent pas de culpabilité et ne s'excusent en fait de leur comportement très impoli à l'égard des adultes que pour garder le lien avec ces derniers.

## PRINCIPALES HYPOTHÈSES ACTUELLES

### L'hypothèse génétique

Elle est fréquemment avancée mais n'est pas certaine. Certains travaux qui tendent à la prouver souffrent de biais importants, ce qui montre qu'ils ont été faits dans une optique idéologique. Par ailleurs, M. Dugas (1987) a souligné que plusieurs études suggèrent un lien génétique, mais ne le démontrent pas. Ainsi plusieurs recherches (citées par M. Touzin et coll., 1997) indiquent qu'entre 22 et 38 % des enfants instables présentent une dyslexie-dysorthographie et qu'il existe donc peut-être une origine génétique commune à ces deux troubles, encore qu'on puisse discuter ce qui est cause et conséquence : le trouble de l'attention pourrait être en partie à l'origine de la dyslexie. Mais en même temps, si dans une recherche récente des chercheurs ont localisé plusieurs gènes liés à la dyslexie, ces auteurs considèrent qu'il s'agit seulement de gènes de « susceptibilité », laissant un rôle aux facteurs environnementaux (Stein J., Monaco T., 1998). D'autres travaux montrent que pour l'instabilité, le taux de concordance de la symptomatologie est de 51 % chez les monozygotes et de 33 % chez les dizygotes, mais les effets partagés du milieu comptent pour 0 à 30 % de la variance (J. Corraze, J.-M. Albaret, 1996).

Deux arguments cliniques au moins font qu'on ne peut pas considérer l'hypothèse d'une transmission génétique comme exclusive de facteurs psychologiques.

Tout d'abord, la fréquence des enfants adoptés qui souffrent d'instabilité avant l'adoption (treize sur les vingt-trois derniers enfants adoptés reçus dans notre service) va plus dans le sens d'une inadéquation lors des interactions précoces avec la famille biologique ou en institution, à moins de considérer que les parents abandonnants sont plus souvent instables psychomoteurs que les autres parents, ce dont nous n'avons aucune preuve, ou de confondre l'instabilité affective de ces parents avec une instabilité psychomotrice.

Ensuite, dans notre recherche, sur soixante enfants, nous n'avons trouvé que quatre parents qui étaient eux-mêmes hyperactifs lorsqu'ils

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

étaient enfants[2]. Mais même dans ces cas, le lien de causalité peut être complexe. Ainsi une mère explique qu'elle ne s'est rendue compte avoir été elle-même hyperactive que lorsqu'elle a constaté le comportement instable de sa fille âgée de neuf ans, qui lui a servi en quelque sorte de « miroir ». Auparavant, cette mère ne se représentait pas cet aspect de son comportement. Face aux troubles de sa fille, elle a pris conscience qu'elle interrompait souvent ses gestes pour passer à d'autres gestes. Ainsi peut-elle balayer une pièce et laisser toutes les balayures par terre sans les ramasser pour passer au nettoyage de la poussière sur les meubles. Un tel mode de fonctionnement a-t-il pu se produire de manière répétitive lorsqu'elle s'occupait de son bébé ? Et si oui, à quel genre d'interactions brusquement interrompues cette enfant a-t-elle pu être soumise, et quels en ont été les effets sur la genèse de son hyperactivité ?

## L'hypothèse neurophysiologique

Une autre origine souvent proposée est celle d'un dysfonctionnement cérébral minime considéré comme constitutionnel (P. Messerschmitt, 1995). Dans une première hypothèse, l'instabilité serait liée à une perturbation neurophysiologique primaire, une hypovigilance cognitive, un niveau d'éveil cortical plus bas que la normale contre lequel le sujet lutterait par une hyperactivité motrice. Selon une deuxième hypothèse, plus récente, ce serait la zone frontale qui serait concernée, IRM et scanner montrant certaines anomalies (bas débit frontal, métabolisme glucidique réduit dans la zone frontale) qu'on ne retrouve pas chez tous les enfants instables. Il existerait peut-être aussi un lien entre les mécanismes dopaminergiques et l'instabilité. L'efficacité réelle de la Ritaline fait qu'on ne peut pas balayer ces hypothèses neurophysiologiques d'un revers de main.

Nous ajouterons à cela une autre éventualité, celle de la mise en place d'un fonctionnement hyperkinétique au cours des deux premières années de la vie, en réaction à des émotions liées à des circonstances éducatives inadéquates. Ce fonctionnement évoluerait ensuite de manière « autonome » même lorsque ces circonstances

2. Cependant trois autres mères et un père étaient tellement volubiles et pris dans un activisme sans repos dans leur vie professionnelle et familiale qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas là de l'évolution intégrée socialement d'une hyperkinésie passée.

auraient disparu, comme les tics peuvent apparaître chez certains enfants dans une période de tension particulièrement forte de leur histoire et se maintenir de manière non réversible et « anachronique » (C. Smadja, 1998) une fois cette période passée.

Il est possible que l'instabilité d'un certain nombre d'enfants soit d'origine multifactorielle, avec un déterminisme associant des facteurs psychiques, génétiques, neurophysiologiques. Mais il est important de souligner que l'hypothèse étiologique du soignant détermine sa méthode d'investigation de l'environnement familial et du trouble de l'enfant.

**Observation n° 1**

Ainsi Mme B consulte pour l'instabilité très importante de son fils Michel, 8 ans. Son frère âgé de 11 ans ne présente aucun symptôme de cette nature. Au cours du premier entretien qui dure une heure, l'exploration précise de l'histoire familiale et de l'histoire de Michel ne révèle pas d'événements particuliers. On est donc tenté d'évoquer un dysfonctionnement cérébral minime. Il est proposé à Mme B un deuxième rendez-vous, quinze jours plus tard, pour prendre une décision thérapeutique. Lors de cette deuxième rencontre, Mme B demande que je la reçoive seule et que Michel reste un moment dans la salle d'attente. Elle m'explique alors qu'un de ses frères s'est suicidé lorsque Michel avait un an. Suite à ce drame, elle a été très désorganisée psychiquement pendant au moins cinq ans. Elle essayait de cacher ses pleurs à son enfant et n'y parvenait pas toujours. Elle dit s'être énormément raccrochée à Michel à cette période, ayant besoin de lui pour aller mieux. La situation est encore plus compliquée car il apparaîtra ultérieurement que Mme B peut aussi avoir des attitudes très tranchantes, dans le registre du forçage éducatif.

Cette séquence clinique montre qu'il a d'abord été nécessaire à cette mère de faire connaissance avec le consultant, d'établir avec lui un lien de confiance, et de constater que son écoute portait non seulement sur la symptomatologie de son enfant mais aussi sur les affects et l'histoire de chacun, pour pouvoir lui livrer ensuite des éléments très importants de son passé. Une prescription de Ritaline isolée sans deuxième rendez-vous rapproché n'aurait peut-être pas permis que le médecin ait connaissance de ces éléments. On peut donc dire que l'a priori théorique du consultant détermine sa méthode d'exploration, risquant ainsi d'aboutir à une théorie auto-confirmée. Il est aussi intéressant de remarquer que le travail psychothérapique

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

tenté à partir de la révélation faite par Mme B, au cours d'entretiens familiaux puis en entretiens individuels avec Michel, n'a eu qu'un impact faible sur son instabilité. Le cadre psychothérapique se révéla inutilisable par lui, et un autre abord thérapeutique dut être proposé, une thérapie psychomotrice, comme si son vécu ne pouvait pas être abordé d'emblée à un niveau verbal[3].

## Les théories psycho-dynamiques

Il faut d'abord remarquer que les psychanalystes se sont dans l'ensemble peu intéressés au problème de l'instabilité chez l'enfant. Une des raisons en est probablement le fait qu'il est difficile de comprendre des sujets pour lesquels une psychothérapie peut se révéler irréalisable : le cadre de la psychothérapie de l'enfant est en général peu adapté à ces enfants qui passent sans cesse d'une activité à une autre, ce qui empêche toute continuité de la pensée, qui se lèvent fréquemment et se déplacent, manifestent très peu de curiosité pour leur vie psychique et celle des autres, et peu d'intérêt pour les échanges verbaux, et présentent, pour certains, une répulsion face à toute proposition de dessiner, vécue comme s'il s'agissait de boire une potion amère au lieu que ce soit un plaisir. Quand ils acceptent, ils ne peuvent souvent dessiner qu'en prenant un modèle, ou font un dessin stéréotypé. Aussi existe-t-il un hiatus entre le très faible nombre de traitements psychothérapiques d'enfants instables décrits dans la littérature et la certitude avec laquelle sont affirmées certaines théories qui consistent à essayer de faire « rentrer de force » l'instabilité dans des modèles psychodynamiques déjà connus.

Le débat est aussi rendu complexe par la question suivante : l'instabilité est-elle un symptôme correspondant à des fonctionnements psychiques divers, une manière psychosomatique peu différenciée du psychisme infantile de réagir à une tension, comme la fièvre est un symptôme peu différencié qui peut apparaˆtre dans de nombreuses affections somatiques ? Ou existe-t-il une structure psychique spécifique des enfants instables ? Au point où nous en sommes de notre expérience clinique, nous pensons que les deux possibilités existent.

3. Ou, dit autrement, comme si le redéployement du vécu subjectif de Michel lors de cette période précoce de sa vie ne parvenait pas, dans le cadre psychothérapique, à s'effectuer sous la forme d'un mouvement transférentiel utilisable.

Pour certains enfants, l'instabilité est un symptôme parmi d'autres dans le cadre d'une entité clinique aisément repérable (psychose, dysharmonie évolutive, par exemple), mais aussi dans beaucoup d'autres situations (*cf.* J.-S. Miller, 1978, cité par Micouin G., Boucris J.-C., 1988). Alors que pour d'autres enfants, elle correspond à un mode de structuration psychique plus spécifique que nous évoquerons plus loin. Bien que nos fondements théoriques soient probablement différents de ceux des auteurs du DSM IV, nous rejoignons là leur classification qui différencie l'instabilité symptôme et l'instabilité entité. Mais certains auteurs utilisent le fait que l'instabilité existe comme symptôme pour affirmer qu'elle n'existe pas comme trouble renvoyant à une problématique psychique spécifique.

On peut estimer qu'il existe en gros trois principaux axes dans les théories psychodynamiques proposées actuellement concernant l'instabilité.

### *Une défense maniaque*

Dans ce premier axe, l'instabilité est comprise comme une défense maniaque contre la dépression. S'en tenir à cette théorisation proposée par R. Diatkine et P. Denis en 1985, sans prendre en compte les changements de perspective proposés en 1995 (*cf. infra*), soulève plusieurs problèmes.

Tout d'abord, dans notre étude, très peu d'enfants instables ont présenté des sentiments dépressifs au cours des prises en charge thérapeutiques. Le seul enfant pour lequel ces sentiments étaient évidents était une fillette de dix ans non hyperkinétique mais souffrant d'un défaut d'attention et de concentration. Elle avait ses pensées accaparées depuis trois ans par le divorce conflictuel de ses parents, auquel elle pensait en permanence même à l'école. Dans cette situation, ses difficultés d'attention ne constituaient pas une défense maniaque mais étaient liées à ses préoccupations. Ce cas n'a pas été retenu dans notre étude (*cf. infra*).

De plus, il ressort des discussions que nous avons eues avec divers psychothérapeutes que nombre d'entre eux prennent cette proposition théorique au sens littéral, avec une sorte de comparaison visuelle entre l'excitation d'un adulte en état maniaque et l'hyperkinésie de l'enfant. En fait, dans l'article de référence de 1985, l'idée de l'instabilité comme défense maniaque est avancée de manière beaucoup plus subtile. R. Diatkine et P. Denis soulignent que les enfants instables

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

sont souvent familiers avec l'examinateur, passent d'une activité à une autre, donnent à l'adulte le sentiment désagréable d'être dévalorisé par eux. L'enfant « investit d'innombrables points de l'espace sous l'effet de l'identification projective, ces points représentant pour lui les mauvaises parties de lui-même qu'il inclut dans ce qui l'entoure et qu'il est important pour lui de garder en son pouvoir, afin d'éviter d'être persécuté par ces objets devenus terrifiants. » La dévalorisation entraˆne un détachement des objets aussitôt qu'investis, et la nécessité de passer à l'objet suivant. Les auteurs concluent qu'« il serait donc tout à fait arbitraire de ne pas classer de tels états dans le cadre des psychoses de l'enfant ».

Certes quelques enfants instables présentent une coupure passagère du contact avec le monde extérieur. Ou encore un enfant instable peut être « hors de lui » au moment de ses explosions de colère ou lors de certains moments de détresse, déformant alors fréquemment la réalité ou ne pouvant pas en tenir compte. Mais dans toutes ces situations, ces moments restent brefs, n'envahissent pas totalement le fonctionnement psychique, et le sens de la réalité et de l'identité est suffisamment conservé pour qu'on ne puisse pas catégoriser ce fonctionnement dans le cadre des psychoses infantiles. Par ailleurs, dans notre clinique, la projection par l'enfant de parties mauvaises de lui-même n'est pas évidente., Enfin la prise en charge au long cours de nombreux enfants instables montre que leur problématique principale ne se situe pas dans ce registre, et qu'ils ne sont pas non plus confrontés à un vécu de perte d'objet, comme c'est le cas dans la dépression qui entraˆne une défense maniaque, mais à une difficulté très ancienne d'entrer en relation avec l'environnement primaire, avec les premiers objets. Aussi tenterons-nous de proposer un autre mode de compréhension de ces comportements, avec l'idée que dans ce registre gestuel et corporel préfantasmatique, il existe d'autres références envisageables que la psychose. Nous pensons en particulier au registre de l'« archa¨que » qui concerne le vécu présymbolique et préverbal chez les enfants de moins de deux ans.

Il faut ajouter que dans ce registre de l'archa¨que, on rencontre peu de processus de torsion paradoxale, sauf dans les procédés autocalmants, alors qu'ils sont souvent massivement présents dans les troubles psychotiques. Il s'agit de processus par lesquels l'enfant, pris dans une relation complexe avec ses parents, ne parvient plus à distinguer ce qui est mauvais ou bon pour lui, ni ce qui provient de son

psychisme ou de l'extérieur (D. Anzieu, 1975 ; P.C. Racamier, 1978 ; R. Roussillon, 1978).

Un autre argument important permet d'avancer que l'instabilité n'est pas une défense maniaque : R. Diatkine, sous la poussée de la clinique, a modifié lui-même cette théorie en 1995 dans la deuxième édition du *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Il indique alors que l'agitation n'est pas pathognomonique de la psychose.

> « Le passage direct de l'excitation par la motricité aboutit à une hyperkinésie, traitée dans beaucoup de pays par des amphétamines, résultat symptomatique qui a l'avantage de couper un cercle vicieux [...] L'agitation, dans les quatre ou cinq premières années de la vie, peut être une réponse à des conditions actuelles difficiles, ou le signe d'une évolution profondément dysharmonique. Il est donc utile de mieux connaître le contexte, ce qui nécessite parfois plusieurs rencontres et des essais de mobilisation [...] L'agitation motrice n'a donc pas de sens en elle-même, ce qui n'est pas le cas d'une autre forme de trouble du comportement : certains enfants, dès l'âge de trois ou quatre ans, paraissent trop à l'aise, inintimidables. La rencontre avec un étranger, avec un médecin, habituellement redoutée par les enfants, ne provoque aucune réaction apparente d'angoisse ou d'inhibition. Ils sont immédiatement familiers et on peut utiliser pour eux le concept de "défenses maniaques". Ce terme se réfère à la dépression inconsciente du patient, au fantasme de perte d'objet réactivé par la rencontre avec le psychanalyste. La désinvolture manifeste est l'effet de la négation des affects pénibles et de l'angoisse. Un travail clinique continu permet d'évaluer l'importance de la polarité psychotique dans l'évolution de tels enfants. »

Ainsi R. Diatkine différencie-t-il finalement sans ambiguïté les enfants hyperkinétiques de ceux qui présentent des défenses maniaques.

### *Une défaillance au niveau des enveloppes corporelles*

J. Berges (1985) émet l'hypothèse d'une défaillance au niveau des enveloppes corporelles.

> « Le corps considéré comme une enveloppe peut constituer un carcan et on doit en sortir par irruption, l'irruption que représente l'hyperactivité ; ou l'enveloppe au contraire manque, les limites sont indécises, celles-ci étant dès lors recherchées dans le monde extérieur et dans autrui, car le corps propre ne les possède pas.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

> Ces états hyperkinétiques apparaissent comme une suture de ce qui vient à manquer au corps.
> Les enfants ne sentent pas leur hyperkinésie pour cette excellente raison que cette activité incessante sert de "senti", de "vécu", de "frontière". L'agitation appara^t soit comme une irruption dans un contexte de contention insupportable (ainsi dans les états tensionnels), soit comme une quête incessante des limites, des frontières, la place du corps agissant étant très problématique ou impossible à intégrer comme tel (dans les états de déhiscence). »

Cependant, il nous semble que l'hypothèse d'une défaillance au niveau des enveloppes corporelles ne suffit pas pour expliquer d'autres aspects de la vie psychique de l'enfant instable que nous avons observés.

Par ailleurs, J. Berges insiste sur la permanence du regard de la mère chez certains enfants instables :

> « Ce regard anticipe l'action, l'enserre dans un réseau qui prévoit la catastrophe. Cet ailleurs dans lequel se déplace et tourbillonne l'instable, ce n'est pas seulement l'ordre renversé, c'est aussi la marge insaisissable par le regard de la mère ; et l'on perçoit ici la problématique du désir qui sous-tend les si fréquentes phobies de l'instable.
> L'acte de l'instable s'exerce à modifier les rapports, à décentrer les organisations, avec une intention provocatrice. »

Pour notre part, prêter une telle intentionnalité inconsciente à l'instabilité nous semble optimiste en ce qui concerne de nombreux enfants, et il nous para^t incertain qu'une des fonctions de l'instabilité soit d'échapper au regard de la mère, même si ce symptôme peut être relié à l'anxiété maternelle. Nous préférons dire qu'on a alors parfois l'impression que la mère représente une enveloppe trop « douillette » pour son enfant et que ce dernier fait un effort violent pour s'arracher à ce monde douillet en s'opposant « à l'aveugle ». Ainsi la mère d'une enfant de huit ans ne pouvait pas lui ôter sa veste avant les séances de psychomotricité de peur qu'elle n'ait froid, et lui achetait immédiatement tout aliment demandé, comme si son enfant n'allait pas pouvoir supporter l'attente. Mais on ne pouvait pas déceler une intentionnalité de provocation dans l'instabilité de cette enfant, et le problème posé au thérapeute fut de l'organiser en des séquences ayant un sens relationnel.

De plus, il est délicat de déterminer ce qui est primaire et ce qui est secondaire, car un enfant instable et qui présente des troubles de l'attention se met beaucoup plus en danger involontairement qu'un autre enfant, ou détériore plus les objets qu'il manipule, et nécessite donc une surveillance accrue. Ce n'est que secondairement, en constatant la réaction de leurs parents, que quelques enfants enclenchent une interaction prévisible d'opposition.

### *Un fonctionnement opératoire*

Une troisième théorie souvent rencontrée consiste à affirmer que l'instabilité est un trouble psychosomatique survenant chez des enfants qui ont une pensée opératoire avec peu d'affects apparents et une carence importante dans leur capacité de fantasmer. Ces enfants ne pourraient donc exprimer leurs tensions internes qu'en s'agitant. À propos des sujets adultes présentant ce type de pensée, P. Marty (1980) précise que ce mode de structure psychique, auquel s'ajoute un fonctionnement en reduplication projective, autrui étant appréhendé comme identique à soi-même, est sous-tendu par la crainte de basculer dans un état d'effondrement, qualifié de dépression essentielle car elle ne s'exprime pas sous la forme de sentiments dépressifs, et elle est sans objet, sans auto-accusation. L'auteur décrit la pensée opératoire comme une pensée motrice, inapte à jouer son rôle d'intégration pulsionnelle. L'activité est donc un élément important de la vie d'un sujet en « état opératoire », mais elle n'oscille pas avec des états de passivité : quand cette activité s'interrompt, elle bascule fréquemment dans des états d'effondrement (C. Smadja, 1998). Cette pensée opératoire n'est pas réellement coupée de l'inconscient, mais certaines fonctions mentales ont été l'objet d'un processus d'effacement.

Ce modèle est intéressant mais il paraˆt délicat de l'appliquer tel quel au fonctionnement psychique de l'enfant instable, ceci pour plusieurs raisons.

La première est que, comme l'a souligné G. Szwec (1998), on a le sentiment que pour les enfants instables qui semblent concernés par ce modèle, le fonctionnement opératoire, comme l'instabilité, est souvent partiel, et ne concerne qu'un secteur de leurs processus psychiques, les autres fonctionnant de manière souple et adaptée.

La deuxième raison est que l'expérience montre que beaucoup d'enfants instables ont une activité fantasmatique riche qui peut s'exprimer dès les premiers entretiens.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

**Observation n° 2**

Ainsi Céline, six ans et demi, n'apporte au cours d'un premier entretien d'une heure aucun élément permettant d'imaginer qu'elle a la moindre vie fantasmatique. Elle se contente de mâchouiller ses habits, de balancer constamment ses jambes, et de dessiner un personnage fille très stéréotypé. Au deuxième entretien, trois semaines plus tard, elle demande à revoir sa première feuille de dessin et la complète. La fille devient une dame qui va dans une maison qu'un monsieur a laissée sale car il préfère une couleur sombre. Lorsque la dame nettoie l'intérieur de la maison, le monsieur y remet de la saleté. L'homme et la femme se séparent alors, sinon ils se disputeraient. Ils n'ont pas d'enfant. Céline ajoute qu'elle veut revenir dessiner une autre fois. On peut interpréter son dessin-récit de plusieurs manières, par exemple comme une scène sexuelle dans laquelle l'homme salit l'intérieur de la femme, mais c'est prématuré après une seule séance de ce genre[4].

Cet exemple montre que derrière une apparente pauvreté imaginaire existe une activité fantasmatique pulsionnelle qui peut être riche même si, comme nous le constaterons, elle n'appara^t souvent que lorsqu'on propose à l'enfant un cadre particulier qui lui permette de l'exprimer (récit construit à deux, thérapie psychomotrice, groupe). Plus même, neuf enfants de notre série présentaient d'emblée une capacité de fantasmer, avec de l'humour et du plaisir à dessiner et à inventer des histoires, ce qui montre la nécessité de distinguer différentes sortes de fonctionnement psychique chez les enfants instables.

Ainsi, aucune de ces théories ne semble permettre de saisir l'ensemble de la clinique et des processus psychiques observés chez l'enfant instable. Nous allons donc tenter d'y adjoindre d'autres propositions. En même temps, malgré la nouvelle conceptualisation que nous avançons, nous savons qu'étant donné le polymorphisme des situations cliniques, nous serons sans doute encore longtemps confrontés à des incertitudes dans la théorie de l'instabilité.

4. On peut aussi penser que ce dessin a un sens transférentiel, lorsque la fille devient une dame qui va chez un monsieur, le thérapeute. Céline exprimerait alors non seulement une activité fantasmatique, mais aussi une capacité rapide à établir un mouvement transférentiel.

*Chapitre 2*

# Classification de l'instabilité psychomotrice

NOUS proposons ici une classification de l'instabilité en fonction de l'histoire familiale et relationnelle de l'enfant.

Afin de respecter un minimum de rigueur méthodologique, nous n'avons retenu que les enfants présentant une instabilité « entité clinique », c'est-à-dire soixante enfants. Nous avons ainsi éliminé ceux dont l'instabilité n'était qu'un des symptômes d'une difficulté psychique aisément repérable, c'est-à-dire ceux cités ci-dessous ;

– les enfants psychotiques ;
– l'enfant mentionnée dans le chapitre 1[1] qui présentait un état dépressif franc et dont le défaut d'attention était lié à sa préoccupation permanente par rapport au divorce de ses parents ;
– dans un registre proche, les enfants envahis par une préoccupation concernant l'état de santé d'un parent, lequel utilise une maladie somatique réelle ou imaginaire, ou une souffrance psychique

1. Voir p. 13.

(dépression, idées suicidaires) comme « attracteur » pour maintenir son enfant sous sa dépendance. Dans cette forme de terrorisme de la souffrance, suivant l'expression de S. Ferenczi (1933), l'enfant est amené à penser qu'il doit être près de sa mère ou de son père, et veiller sur lui pour lui éviter de mourir, ce qui l'empêche de se concentrer sur quoi que ce soit d'autre dès qu'il en est éloigné ;

– les enfants pris dans une problématique hystérique, qui bougent avec un aspect théâtral, au sens où ils tentent ainsi d'attirer l'attention sur eux, de « faire l'intéressant ». Ceci se produit parfois, pour les garçons, dans un contexte de « sollicitation virile » de la part des parents[2]. On peut rattacher à ce sous-groupe les enfants qui ne parviennent pas à constituer un refoulement de leurs pensées œdipiennes, parce que leurs parents se montrent séducteurs en les soumettant à des situations trop excitantes sexuellement (sans attouchement dans la réalité). Ces parents justifient souvent leur attitude par des motifs éducatifs, avec une surdité aux signes de gêne parfois exprimés par leur enfant : tel père a toujours pris sa douche avec sa fille, âgée maintenant de quatorze ans, car cela l'habitue à la vision du sexe d'un homme et lui permettra d'être moins choquée lorsqu'elle aura sa première relation sexuelle ; tel autre regarde à la télévision avec sa fille âgée de cinq ans des films comportant des scènes érotiques, car cela lui apprend la vie. Sont aussi concernés ici les enfants pris dans une passion amoureuse réciproque à l'égard d'un parent. Leur demande d'exclusivité relationnelle et leur tension permanente sont liées à une difficulté à trouver une issue fantasmatique apaisante à leur passion.

Le choix de ne pas inclure dans notre recherche ces situations fréquentes introduit un biais certain. En effet, il s'agit des situations où les fantasmes sexuels de l'enfant sont les plus mobilisés. Mais ces contextes cliniques sont bien connus, ainsi que leurs modalités de prise en charge familiale et/ou individuelle, aussi n'avons-nous pas jugé utile de les évoquer ici. L'attention consacrée dans cet ouvrage

2. Peut-être est-ce ici qu'il faut situer les garçons instables décrits par C. Flavigny (1988) qui présentent une composante dépressive et agressive, et sont pris dans une sollicitation incestueuse de la part de leur mère, cachant son ambivalence et son rejet. L'instabilité psychomotrice serait alors dans ces cas une vicissitude de la position virile du garçon.

aux situations plus « archa¨ques » laisse donc la place à un matériel moins sexualisé en apparence :

– les enfants qui ne rencontrent aucune limite éducative, et qui ne font pas l'expérience d'une contention pulsionnelle de la part de leurs parents qui les laissent « tout faire » ;
– la turbulence réactionnelle chez un enfant anxieux ou en état d'angoisse aiguë ;
– l'instabilité consécutive à des attouchements sexuels ;
– les instabilités liées à une atteinte neurologique avérée : (séquelles de maladie de West, syndrome de l'X fragile qui peut entraˆner des formes d'instabilité sévères). On peut y ajouter les séquelles de grande prématurité. Ces enfants qui présentent souvent une déficience intellectuelle moyenne ou profonde sont peu ou pas capables d'effectuer un travail psychique, et la chimiothérapie constitue alors une aide précieuse dans des situations où les parents peuvent être épuisés ;
– les troubles obsessionnels compulsifs, qui se présentent parfois comme une instabilité tellement ils sont envahissants, mais qui sont très ritualisés.

Pour le moment, nous discriminons les sept sous-groupes suivants d'instabilité. Dans les cinq premiers, les plus importants en nombre, se pose la question de relations défectueuses à l'objet primaire, qu'il s'agisse de parents imprévisibles, absents ou menaçants dans le premier sous-groupe, de parents forçants et non malléables dans le deuxième, de parents déprimés impossible à animer dans le troisième, de parents jamais apaisants dans le quatrième, ou d'un environnement ne procurant qu'un investissement insuffisant ou trop discontinu dans le cinquième.

## LES INSTABILITÉS LIÉES À DES INTERACTIONS PRÉCOCES TRÈS DÉFECTUEUSES – 18 CAS

• *Dix cas concernent* des enfants ayant subi des interactions précoces violentes, incohérentes, carencées. Le danger psychique ou physique a été tel qu'un juge des enfants a dû séparer l'enfant de ses parents.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Les travailleurs sociaux prennent malheureusement souvent cette instabilité pour de l'éveil, alors qu'en réalité, l'enfant passe d'une activité à une autre sans suite dans ses pensées et n'a pas réellement de plaisir à faire (D. Flagey, 1981). Et l'exploration de l'environnement demeure figée dans des modèles archa¨ques.

Ces enfants présentent souvent par ailleurs une pathologie concernant la manière dont ils nouent des liens avec autrui. Ils reproduisent sans cesse ce à quoi ils ont été soumis : collage alternant brusquement avec des attaques brutales, angoisse d'oublier l'autre ou d'être oublié par lui, séduction narcissique, etc., et les processus défensifs qu'ils ont dû mettre en place précocement sont souvent très fixés. Mais il n'est pas rare que le principal symptôme séquellaire soit l'instabilité, accompagnée de moments dit caractériels dont nous savons qu'il s'agit en fait de moments brefs où le sujet est hors de lui, pris dans la reviviscence hallucinatoire d'affects du passé. Le traitement de cette forme d'instabilité passe par une prise en charge relationnelle au long cours, si possible quotidienne (M. Berger, 1997).

• *Les huit autres cas* concernent des enfants adoptés dont la forme d'instabilité peut être rapprochée des précédents cas, la première partie de leur existence s'étant déroulée, pour eux aussi, dans un environnement plus ou moins perturbé (maltraitance, long séjour en pouponnière).

La question posée par ces deux groupes d'enfants est celle de la relation à un objet primaire imprévisible et inquiétant. Ceci peut prendre diverses configurations, dont la problématique centre-périphérie, comme le montre l'exemple suivant.

**Observation n° 3**

Coline D., quatorze ans, a été adoptée à sept ans après avoir vécu avec une mère rejetante et un père alcoolique et violent, puis en orphelinat. Elle présente une hyperkinésie importante, gigotant sans arrêt à table, devant la télévision, et touchant tous les objets même chez le dentiste. Mais ce sont surtout ses difficultés de concentration massives qui l'empêchent d'apprendre. Elle peut rester des heures assise à son bureau sans pouvoir enregistrer la moindre phrase, jusqu'à ce qu'une personne extérieure la rappelle à la « réalité ». Un essai de prescription de Ritaline, afin d'éviter un redoublement en cinquième, n'a donné aucun résultat.

Coline est reçue à un rythme hebdomadaire. Durant une première période qui dure près d'un an, elle ne parle pas. Mme D et moi-même réfléchissons

à haute voix sur ce qu'elle peut ressentir, à partir de la manière dont elle se comporte dans la vie quotidienne. Coline écoute, intéressée. Par la suite, reçue seule, elle se met à effectuer des dessins qu'elle commente de manière assez succincte. Dans un troisième temps, actuel, nous construisons ensemble des récits de plus en plus complexes.

Lors de nos premiers entretiens, Mme D. m'annonce que Coline a demandé une tétine. Il apparaît alors qu'elle peut avoir des réactions équivalentes à celles d'un bébé. Si elle n'a pas tout de suite ce qu'elle demande, elle se met à hurler et devient très difficile à calmer, comme un bébé qui est en rage parce qu'il n'a pas le biberon au moment où il a faim, si bien qu'il ne peut plus profiter ensuite de ce qu'on lui donne. Le seul moyen de la calmer alors un peu est de lui parler de choses qui l'intéressent et qu'elle aime bien, comme on parvient à calmer un bébé en essayant de détourner son attention. Mais ceci peut échouer, et la relation dégénère sans qu'on parvienne à la réinstaurer.

Par ailleurs, Coline prend les objets comme un petit de moins d'un an, c'est-à-dire qu'elle peut saisir n'importe quel objet, puis le laisser tomber, ou plus exactement le poser par terre sans plus s'y intéresser. Le résultat est que sa chambre est dans un état de désordre indescriptible. Ceci rappelle la manière dont les bébés de quelques mois, dans une sorte de grasping réflexe plus différencié que celui du nouveau-né, s'emparent de n'importe quel objet à leur portée puis le laissent tomber sauf si on leur en montre l'intérêt en jouant avec eux au cours d'une interaction qui a une certaine durée. Or cette expérience répétée de plaisir partagé n'a pas eu lieu autrefois : la sœur aînée de Coline a expliqué que cette dernière a souvent été laissée seule par ses parents qui ne s'occupaient que très peu d'elle, et sa mère biologique lui aurait appris à se bercer seule.

À la séance suivante, Coline dit qu'elle n'a pas repensé à ce dont nous avons parlé la dernière fois. N'a-t-elle pas pu s'en emparer ? Il semble que l'on soit face à un processus différent. Coline est incapable de se centrer sur son monde interne pour deux raisons. Tout d'abord, elle ne peut laisser venir certaines pensées à sa conscience car surgiraient alors en elle des sentiments de colère qui la déborderaient, et qu'elle ne peut exprimer qu'à l'égard de sa sœur aînée, probablement associée à sa mère biologique. Mais surtout, elle explique avec ses mots qu'elle a un fonctionnement psychique en périphérie : elle mobilise l'essentiel de son attention et de sa vigilance pour anticiper les situations traumatiques et veiller à ce qu'on ne l'abandonne pas. Et pendant toute sa scolarité primaire, elle ne pouvait travailler qu'accrochée à une personne, par exemple en tenant une camarade avec le bras passé autour de son cou.

Se saisir de l'objet, c'est bien là le problème. Coline renonce à faire son travail scolaire dès qu'elle rencontre la moindre difficulté, et reste immobile, à tel point qu'une de ses institutrices la croyait sourde. À d'autres moments, elle bloque un geste et reste le bras en l'air. Ou encore elle peut rester un

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

quart d'heure face à un réfrigérateur qu'elle a ouvert pour y prendre du beurre, mais elle a perdu l'intentionnalité de départ et il ne reste plus que le geste, l'objet visé ayant disparu de son champ de conscience. Nous sommes là dans le domaine des signifiants formels décrits par D. Anzieu (1987) dont nous reparlerons plus loin.

Le mouvement transférentiel qui se met lentement en place est assez archa¨que : bien que venant sans réticence aux rendez-vous, Coline ne parle que si je la questionne, le plus important étant que le thérapeute ne « lâche pas le morceau », c'est-à-dire que par son intérêt, par son regard, il l'empêche de lâcher sa pensée. Cette fonction « tenante », plus que contenante, est peu à peu en partie intériorisée par elle[3]. Ainsi au bout d'un an de traitement, elle se met à dessiner et réalise une série de dessins qui s'encha^nent d'une séance à l'autre. Elle parvient ainsi à évoquer son passé de manière métaphorique, ce qu'elle ne faisait jamais auparavant. Elle représente une dame qui va se promener dans un zoo car cela lui rappelle son histoire personnelle : en regardant les animaux, ce personnage se remémore le chien qu'elle avait quand elle était petite.

À la séance suivante, elle dessine (Figure 2.1) deux arbres séparés par une rivière, mais on peut passer d'un côté à l'autre grâce à un pont. Une femme vient ici avec son chien car quand elle était petite, c'est là qu'elle se promenait avec ses parents. Elle a de bons souvenirs de son enfance, ses parents s'occupaient bien d'elle, et elle regrette qu'ils soient morts de vieillesse. Quand elle pense à eux, elle vient se reposer dans ce lieu familier.

Le sens de ses récits est intéressant, en particulier la reconstitution d'une « bonne origine », mais ce qui l'est plus encore, c'est qu'un pont lui permet maintenant d'aller vers son passé, et de faire des liens entre les différents moments de son existence qui a été particulièrement hachée et incohérente.

L'activité qu'elle manifeste lorsqu'elle dessine et explique est organisée, même si le graphisme est encore « maigre ». Ce progrès se traduit aussi au niveau scolaire : elle apprend ses leçons en se les récitant à voix haute, dans un mouvement où elle empoigne son travail, s'écoute, fait des liens entre des morceaux d'énoncés. À la séance suivante, la « dame au chien »

3. D'une manière générale, le principe d'aide au maintien de la continuité de la pensée sur un temps pas trop prolongé est essentiel pour la prise en charge des enfants instables. Ceci peut consister à ne pas laisser l'enfant lâcher sa pensée lorsqu'il crée un récit, ou, pour un enseignant, à être assis à côté de l'enfant et à soutenir sans cesse son raisonnement, sans intrusion, lorsqu'il apprend. Ceci explique aussi la nécessité que toutes les séquences pédagogiques ou rééducatives « pures » soient courtes, et si besoin fractionnées dans le temps, car toute proposition plus longue entra^nera un lâchage de la pensée par le sujet (L. Valle, 1997). On constatera aussi l'importance du rétablissement de cette continuité à propos de l'utilisation de la Ritaline.

voit une maison abandonnée qu'elle trouve intéressante et elle décide de la restaurer, représentation de l'auto-restauration que Coline est en train de réaliser à propos de son abandon. Le fonctionnement associatif est en marche, mais les capacités d'anticipation de cette adolescente sont encore insuffisantes, ce qui entraîne certaines difficultés d'organisation dans sa vie.

Il apparaît ensuite nécessaire, pour mieux développer le thème de l'abandon qu'elle ne lâche pas pendant plusieurs mois, de construire des récits ensemble, chacun proposant une phrase que je note. Son traitement se poursuit actuellement.

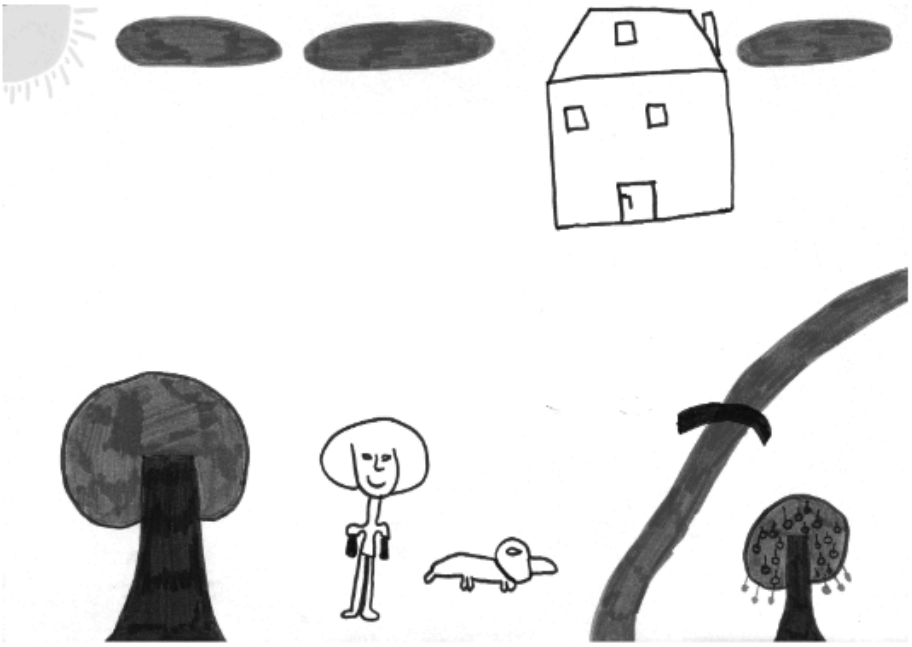


*Figure 2.1. Dessin de Coline.*

## LA DÉPRESSION MATERNELLE PRÉCOCE – 16 CAS

Sur les 60 enfants concernés – ou sur les 52 si on enlève les 8 enfants adoptés sur l'enfance desquels on ne sait que peu de choses – 16 ont dû faire face dans la première année de leur vie à une dépression maternelle précoce.

Ceci représente 30,7 % des enfants instables, chiffre supérieur à celui trouvé pour les enfants non adoptés amenés en consultation pour

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

d'autres troubles que l'instabilité, lesquels n'ont été confrontés à une dépression parentale précoce que dans 18 % des cas. La fréquence des antécédents de dépression maternelle a été signalée par d'autres auteurs. M. Bellion (1998), citant L. Hechtman, indique 38,4 % de dépression maternelle chez les enfants hyperkinétiques, dont 17,9 % de dépression majeure et 20,5 % de dépression mineure, comparé à un taux de 6 à 14 % dans des groupes contrôles[4]. Dans notre pratique, cette dépression est décrite par les mères comme ayant été très importante et ayant nécessité la prise d'un traitement antidépresseur. Elle a souvent été liée à la mort ou à la maladie grave d'un membre de la famille, sans non-dit à ce propos, à part dans le cas de Michel (observation n° 1). Nous envisagerons plus loin de quelle manière la dépression maternelle peut être à l'origine d'une instabilité. Nous indiquerons simplement maintenant que l'hypothèse fréquemment proposée selon laquelle l'enfant essaie de prendre une fonction d'anti-dépresseur et d'animer sa mère en bougeant nous est apparue comme trop simpliste. Elle se révèle presque toujours inefficace en pratique, ce qui fait qu'on ne peut pas la considérer comme fondée théoriquement.

Cette fréquence de la dépression maternelle précoce mérite qu'on s'y arrête. En effet, la « dépression maternelle » est citée comme étant à l'origine de diverses sortes de troubles psychiques de l'enfant, ce qui montre qu'il s'agit d'un concept trop flou. Ainsi D. Marcelli et J. Nadel (1997), s'appuyant sur une recherche personnelle et sur les travaux d'auteurs américains, montrent que les mères déprimées peuvent présenter au moins trois sortes de modèles d'interaction avec leur bébé. Certaines s'engagent peu dans la relation avec leur enfant, restent apathiques, passives, vocalisent et sourient moins que les mères d'un groupe contrôle, et présentent un visage peu mobile. D'autres mères sont plus dynamiques, mais manifestent une irritabilité qui peut les amener à devenir intrusives. D'autres enfin parviennent à des relations satisfaisantes avec leur enfant. Les bébés eux-mêmes réagissent de

4. N. Guedeney (1989), qui souligne aussi la fréquence de l'hyperkinésie chez les enfants de mères déprimées, indique que si la quantité des stimulations est identique à celle observée de la part de mères non déprimées, la qualité des interactions est différente. Les mères déprimées ont moins d'interactions visuelles avec leur bébé, et elles se livrent à une surstimulation kinesthésique de leur enfant : interruption incessante du bercement, changement fréquent de posture chez la mère qui perturbe la continuité du holding. Les mères déprimées sont donc à la fois surstimulantes et sous-stimulantes.

diverses manières à ces états affectifs maternels. En vidéo, les mères non déprimées du groupe contrôle font des mouvements antéroposté-rieurs de flexion puis de retrait du buste, alors que les mères déprimées sont figées sur le même plan frontal, et font un geste de la main qui reste dans ce même plan frontal. Elles n'utilisent pas l'espace comme une métaphore de leur désir d'entrer en interaction. La capacité spontanée des mères contrôles à se mouvoir dans le plan sagittal constitue une représentation spatiale de ce que D. Stern appelle les affects de vitalité. D. Marcelli et J. Nadel concluent qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches pour apprécier si le manque d'accessi-bilité interactive et la possible imprévisibilité des mères mettent en difficulté la construction de paramètres de la communication comme la synchronie et la concordance d'émissions, et décourageraient la prévision et donc l'ajustement au partenaire[5].

On peut remarquer que la dépression n'est pas l'apanage des mères. Dans notre étude, sept pères, soit 14,8 % si on enlève les enfants adoptés, ont fait, pendant la première année de la vie de leur enfant, une dépression très importante ayant nécessité un arrêt de travail parfois prolongé et un traitement antidépresseur. Cette dépression était liée aux difficultés à élever leur bébé, révélant une difficulté dans l'exercice de la fonction paternelle, ou à des conflits entre le père et ses propres parents, ou à des problèmes d'éloignement géographique du père par rapport à ses parents pour des raisons professionnelles, révélant là aussi une fragilité psychique latente. Dans aucun de ces sept cas, la mère n'était déprimée, mais on peut penser que la dépression du mari est venue faire intrusion dans la préoccupation maternelle primaire. Cependant les choses semblent plus complexes, puisque quatre de

5. A. Carel (1993) souligne lui aussi la variété des sortes de dépression maternelle précoce. Il distingue ainsi :– la dépression névrotique, marquée par l'inachèvement d'un travail de deuil personnel, avec un conflit d'ambivalence modéré vis-à-vis d'un objet perdu auquel l'enfant est inconsciemment identifié, ce qui se traduit par un excès de sollicitude co-excitante, souvent à l'origine de troubles du sommeil chez le nourrisson ;– la dépression froide, masquée, dans laquelle, pour la mère, il n'y a plus d'écart, de jeu symbolique, entre l'image de l'enfant et tel objet interne, éventuellement perdu, de la mère. L'enfant ne ressemble pas à un tel, ce qui impliquerait le maintien d'une différence, il est l'image de l'objet perdu. Mais il n'en est pas l'incarnation dans le réel, comme c'est le cas dans les troubles psychotiques maternels. Soumis à cette dépression froide, l'enfant risque de développer des troubles fonctionnels mais aussi une dysharmonie de type phobie ou obsession primaire ;– les situations de « dépression psychosociale » au sein de familles à problèmes multiples.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

ces sept mères présentaient un comportement de type forçage avec une volonté de maˆtrise sur l'autre, mari ou enfant, et on peut émettre l'hypothèse que le couple s'était constitué sur le modèle de l'étayage mari faible-femme forte.

Dans ces sept situations, les enfants hyperkinétiques étaient des garçons, sans qu'on ait d'élément clinique permettant de considérer que leur mouvement œdipien était plus ou moins compliqué que celui des autres enfants hyperkinétiques.

D'autres pathologies se rencontrent au niveau des pères : deux ont fait preuve d'emblée d'un mouvement de séduction massif à l'égard des psychomotriciennes, sept étaient violents ou très agités, trois déniaient les troubles de leur enfant, et, comme nous allons le constater, le forçage a pu être l'œuvre des deux parents lorsque le père n'était pas déprimé.

## Les enfants soumis à un forçage éducatif – 13 cas

Une précaution préliminaire s'impose : il faut distinguer le forçage comme cause de l'instabilité, de l'attitude de certains parents qui finissent par utiliser des contraintes éducatives excessives en réaction à l'hyperkinésie, à la maladresse, au défaut d'attention et aux colères de leur enfant.

Le forçage en lui-même s'est manifesté dès les premiers mois de la vie de l'enfant par l'une des deux sortes de « dysrythmies » suivantes, qui persistent souvent au moment de la consultation.

Soit un des parents (ou les deux) a imposé à son enfant ses impératifs éducatifs trop précocement et sans négociation possible, dans tous les domaines, propreté, apprentissage, etc. Parfois l'aspect écrasant du Surmoi parental est visible dès le début de l'entretien, et c'est dans ce contexte que l'on rencontre les rares parents qui réclament de la Ritaline sans aucune ambivalence dès le premier rendez-vous, afin de régler le problème au plus vite. Parfois, au contraire, le forçage appartient au passé et il faut aller le rechercher progressivement, en particulier lorsqu'il s'agit de forçages alimentaires maternels liés non pas à des éléments surmo¨ques et au besoin de faire obéir et plier l'enfant, mais à une angoisse que l'enfant ne soit malade et ne dépérisse, angoisse qui repose sur des croyances souvent peu

mobilisables. Ce type de forçage peut être difficile à évoquer avec les parents, parce que ces derniers n'en ont aucune représentation : c'est leur mode habituel de relation et ils forcent leur enfant comme ils respirent, sans s'en rendre compte.

Soit les parents ne tiennent pas compte du rythme de l'enfant en ce sens qu'ils sont incapables d'adapter leur mode de vie au fait qu'ils ont un bébé. Ceci concerne en particulier certains parents commerçants qui reprennent leur travail quelques jours après l'accouchement, leur enfant étant alors confié à un défilé impressionnant de nourrices. De tels parents soumettent l'enfant et le médecin à une succession d'annulations des rendez-vous en fonction de leurs occupations professionnelles, et il est difficile d'obtenir une continuité dans le cadre thérapeutique.

Dans ces deux situations, les parents n'ont jamais éprouvé de plaisir à être seul avec leur enfant, à jouer avec lui. S'ils l'ont fait, le jeu était détransitionnalisé car trop infiltré d'intentions pédagogiques.

Dans ces contextes de forçage, l'instabilité est un des éléments d'un tableau clinique que nous nommons pathologie de l'appropriation : l'enfant est pris avec ses parents dans un conflit qu'il intériorise totalement, concernant la manière dont il peut s'approprier ou non une rythmicité corporelle personnelle et ses propres raisonnements, et dont il peut organiser les mouvements pulsionnels liés à l'analité, garder-donner, se fermer-se laisser pénétrer, lier-désunir, grâce à des compromis qui ne soient pas exagérément conflictuels. Les conséquences du contrôle parental exagéré sur le fonctionnement corporel et sur les pensées de l'enfant peuvent être :

– des troubles psychosomatiques sous forme de tension extrême entraînant un bégaiement ou des difficultés graphiques ;
– des colères explosives face à la moindre contrainte ;
– un comportement d'inertie en réponse à tout ordre ou tout apprentissage ;
– une confusion entre le forçage, c'est-à-dire l'intrusion de l'autre en soi, et l'effort, que le sujet fait pour lui et à son initiative ; ou, autrement dit, une confusion entre une pression d'origine extérieure et une pression d'origine intérieure ;
– une confusion entre les pensées et les actes, car les parents donnent le même poids de réalité aux pensées de leur enfant qu'à ses actes, et leurs interdits répriment les deux de la même manière ;

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

– une identification à un objet partiel surexcitant, encombrant, énervant ;
– une incapacité à tenir des éléments ensemble pour en faire la synthèse et trouver des compromis. Ceci est lié aux problèmes narcissiques des parents qui ne supportent pas que leur enfant ne soit pas parfait et ne sache pas tout tout de suite. Ils ne tolèrent pas non plus le délai, c'est-à-dire le temps de la recherche, de la réflexion, nécessaire avant que leur enfant ne produise un raisonnement adéquat ;
– une disqualification par l'enfant de ses propres perceptions, éprouvés corporels, et intuitions : il cherche la solution à toute question d'abord sur le visage d'autrui. Il s'est constitué un Surmoi corporel (Sami Ali, 1986) au sens où les repères de temps et d'espace ne sont pas intégrés en référence à une expérience personnelle, mais en référence à une instance extérieure maternelle ou paternelle qui détermine ce qui doit être.

L'instabilité psychomotrice, fréquente dans ce contexte familial, peut être mise en relation avec les éléments décrits ci-dessus. La tension permanente due au contrôle des parents est en elle-même source d'hyperkinésie. Il en est de même de l'absence de représentation globale que l'enfant a de lui-même, ses parents ne lui ayant renvoyé qu'une image d'objet partiel : il était pour eux une voix trop forte, une source de désordre, un mouvement dérangeant, et il s'est identifié à cette projection parentale. Enfin, la confusion entre l'acte et la pensée (penser ou dire une idée étant aussi grave, pour les parents, que de l'accomplir en réalité) ne permet pas à l'enfant d'utiliser sa vie psychique pour domestiquer sa vie pulsionnelle.

L'évolution de l'instabilité dépendra en grande partie de la possibilité de travailler les éléments inconscients qui sous-tendent la logique éducative des parents, au cours d'entretiens familiaux qui nécessitent un détour transférentiel toujours délicat (M. Berger, 1996, chapitres 5 et 6). Mais même lorsque les parents parviennent à modifier la représentation qu'ils ont de leur enfant, ce dernier, qui s'est structuré en étayage antagoniste contre eux, se trouve alors souvent incapable avant de nombreux mois de modifier sa manière d'être et d'investir avec plaisir le fonctionnement de son corps et de sa pensée.

Au cours des différents modes de prise en charge proposés apparaît souvent le thème « il n'y a pas le temps », et surtout, le thème du

forçage sadique, constamment présent tant dans le transfert que dans les contenus fantasmatiques. Les jeux sont violents à l'égard des poupées ou de la psychomotricienne. Souvent le dessin ne peut être vécu que comme une contrainte et l'enfant est soulagé et se détend dès qu'on lui propose de se mettre en mouvement.

**Observation n° 4. Clotilde E**[6]

Clotilde, cinq ans, soumise à un important forçage de la part de ses deux parents, ne peut pas rester assise plus de deux minutes en entretien. Elle s'oppose aux propositions de dessiner, de jouer avec le thérapeute avec des marionnettes ou de petits personnages. Pour elle, tout est ressenti en termes de soumission, à tel point qu'elle refuse avec obstination à chaque consultation de dire bonjour et au revoir. Son incapacité à utiliser un cadre psychothérapique classique amène à poser l'indication d'une prise en charge en psychomotricité. Des entretiens familiaux ont lieu simultanément.

En contraste, dans le cadre des séances de psychomotricité, moins « contraignant » puisqu'elle sait qu'elle peut se mouvoir et faire se mouvoir l'adulte, Clotilde explique dès la première séance avoir fait un cauchemar dans lequel un roi et une reine méchants veulent lui faire manger du poison, ce qu'elle refuse, et ce rêve l'inquiète au point qu'elle a peur de s'endormir le soir. Le sens de ce cauchemar est double. Clotilde figure ainsi un couple parental puissant uni dans un forçage alimentaire qui rend la nourriture mauvaise, mais en même temps, elle exprime de la sorte sa crainte d'une rétorsion aux pensées agressives qu'elle éprouve à l'égard de ses parents qui viennent d'avoir un nouvel enfant.

Le surmoi parental est incarné par deux gardes, rôle que doit prendre la psychomotricienne, mais dans un transfert ambivalent. Un garde surveille l'enfant afin qu'il ne fasse pas de bêtises, l'autre protège son sommeil.

Les jeux suivants sont consacrés au thème du lapin et du chasseur. Au cours des parties de chasse, il y a des pièges dans lesquels seuls les lapins adultes tombent puis sont tués et mangés. Plus tard, une représentation moins inquiétante mais insuffisamment protectrice du couple appara^t : une vache et son mari ont des veaux fragiles écrasés par des personnages humains qui les piétinent.

Petit à petit, Clotilde assouplit ses relations d'attaque, d'opposition, dans lesquelles elle ne pouvait qu'être soumise, écrasée, ou soumettre l'autre, pour mettre en place un transfert identificatoire (qui a une connotation

6. La prise en charge de cette enfant a été réalisée par S. Jourdy, psychomotricienne et M. Berger, psychiatre.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

homosexuelle) avec la psychomotricienne, alors que dans la vie quotidienne, elle ne fait jamais plaisir à ses parents car elle se sentirait alors désapropriée de son désir de leur faire plaisir. Elle est de moins en moins excitée dans les jeux, parle plus et dessine soigneusement. Le thème du voleur prend un sens plus œdipien, les voleurs (envieux ?) venant dérober un bébé chez la nounou jouée par la psychomotricienne, mais la mère et la nounou s'y opposent, etc.

À la fin de cette prise en charge, Clotilde a fait d'importants progrès. L'enseignante de maternelle a le sentiment de ne plus avoir à faire à la même enfant. Elle est plus calme, peut travailler quarante minutes avant que n'apparaissent des signes de fatigue, s'est construit des repères dans l'espace, et elle est beaucoup moins opposante au sein de sa famille. En accord avec la psychomotricienne, il est décidé que si, dans le futur, des soins étaient à nouveau nécessaires, il serait maintenant possible d'entreprendre une psychothérapie, qui se situerait dans un registre plus interprétatif que la psychomotricité. Une dyslexie apparaˆtra en cours préparatoire, nécessitant une rééducation orthophonique.

## Les mères instables ou « nerveuses »

Dans cinq cas, l'instabilité de l'enfant peut être reliée à l'instabilité ou à la « nervosité » maternelle.

### Les mères instables

Nous avons déjà souligné comment le maternage effectué par une mère instable pouvait être « haché », discontinu. La situation suivante apporte un autre éclairage sur ce « mode de transmission ».

**Observation n° 5. Magali J**

Mme J était très instable lorsqu'elle était enfant, et n'a pu rester assise en classe qu'à partir de la sixième, à l'âge de onze ans. Actuellement, les repas se déroulent à toute vitesse, Mme J mangeant aussi vite que sa fille et M. J se retrouvant tout seul à table au bout de quelques minutes. De plus, Mme J explique qu'elle ne peut pas participer au moment du coucher de Magali car elle est elle-même trop énervée, et elle ne pourrait pas s'asseoir tranquillement à côté de sa fille en attendant qu'elle s'endorme. Elle laisse donc son mari s'occuper de ce moment qui dure un quart d'heure. Cette mère s'exprime de manière logorrhéique et ininterrompue, ne me laissant pas de place pour parler, bien qu'en même temps elle exprime une réelle souffrance et une demande d'aide. Depuis la naissance de Magali, elle

est convaincue qu'elle est incompétente sur le plan éducatif, et anxieuse à l'idée qu'elle « ne va pas y arriver ». Sa relation actuelle avec sa fille, âgée de 6 ans, est orageuse. Mme J peut être très dure avec son enfant, qui lui résiste.

Ma position contre-transférentielle est délicate. Je ne sais pas comment m'introduire dans le monde psychique de cette mère, ou, dit de manière plus simple, comment établir un lien avec elle, et face à son flot de paroles, je n'arrive pas à organiser ma pensée. J'ai alors le sentiment que la séance va être perdue, nous n'allons pas être en relation, et que c'est peut-être ce qu'a ressenti Magali depuis sa petite enfance.

La scène suivante me permettra de mieux comprendre ce mouvement contre-transférentiel. La veille, Mme J s'est mise très en colère contre Magali qui refusait d'aller, comme convenu, chez un voisin, faire une promenade à poney avec l'enfant de ce voisin. Elle était contente d'y aller, le voisin avait tout préparé, et brusquement, sans donner la moindre explication, elle a changé d'avis, prenant un air buté. Après une tentative de discussion, Mme J se fâche et traîne sa fille par les cheveux jusqu'à la voiture, sans que son mari ne s'y oppose. Arrivée chez le voisin, Magali passe une bonne journée. Mme J se sent particulièrement mal après cet épisode. À partir de cette scène, et de ma difficulté à être en interaction avec cette mère, je lui demande comment se sont passés les échanges entre elle et Magali lorsque cette dernière était bébé. Elle m'explique alors qu'elle a très mal supporté la période des premiers mois de la vie de sa fille. Elle avait le sentiment d'être emprisonnée parce qu'elle dépendait du rythme de son enfant. Plus même, ce vécu « d'enfermement » la déprimait et lui donnait le sentiment de ne plus être vivante. Après avoir donné le biberon à Magali, elle la reposait immédiatement et ne s'occupait pas d'elle lorsqu'elle criait ou se manifestait autrement. Des amies qui assistaient à ces moments où cette mère n'intervenait pas quand son bébé, après le biberon, l'appelait de son berceau, ont été très étonnées et en ont fait la remarque, mais elle n'a pas modifié sa position. Elle ne regrette aucun des moments où Magali était petite, alors que souvent les parents pensent à cette période avec nostalgie, et avec l'idée que cela ne reviendra pas. Elle était pressée que sa fille grandisse, soit indépendante, et qu'elle puisse lui parler comme d'adulte à adulte. Et c'est seulement maintenant qu'elle commence à se sentir vraiment bien avec Magali car cette dernière, qui est une enfant hypermature sur le plan cognitif, utilise parfaitement le langage[7].

7. Ce développement prématuré a été décrit par M. Fain (1993) comme une défense du psychisme infantile chaque fois qu'il est soumis à une réalité le débordant par ses effets traumatiques. À l'« impératif de complexification » de la vie psychique se substitue l'« impératif de prématuration ».

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Face à un tel manque d'adaptabilité, Magali s'est construite en faisant preuve d'une absence de malléabilité importante, se montrant aussi peu souple à l'égard de sa mère que cette dernière l'a été envers elle. Elle lui dit qu'elle ne veut pas obéir parce qu'elle ne voit pas pourquoi il y aurait une différence entre enfant et adulte. De plus, Magali refuse souvent tout contact avec les personnes extérieures à la famille, me tournant le dos pendant tous les entretiens, et la « scène du voisin » en est un autre exemple. L'extérieur, auquel sa mère pensait sans cesse en sa présence, est dangereux pour elle. Ces deux aspects de son fonctionnement psychique s'expriment un jour où elle dit à sa mère à voix basse, presque en elle-même : « Salope », puis, « Je t'aime trop ».

L'histoire de Mme J explique en partie son comportement. Non désirée, à la différence de sa sœur aˆnée, elle a dû se débrouiller seule très tôt face à une mère qui ne s'intéressait pas à elle. Quand elle revenait de l'école primaire, rien n'était prêt, et c'est elle-même qui devait s'occuper de se faire à manger. Elle n'avait pas de cadeau à Noël, et sa mère, plus tard, a refusé de lui payer des études alors qu'elle aurait voulu aller à l'université et que la famille n'avait pas de problèmes financiers. Et elle avait la conviction que les choses étaient ainsi parce qu'elle ne faisait jamais assez bien, n'était pas une enfant assez satisfaisante pour ses parents, ce qu'on peut relier à son sentiment actuel d'être incompétente et de « ne pas y arriver ». Ces premiers éléments de compréhension n'ont pu apparaˆtre qu'après plusieurs mois d'entretiens familiaux.

### Les mères « nerveuses »

Par ce terme fort imprécis, nous entendons des mères qui, sans être prises dans une instabilité aussi importante que celle décrite ci-dessus, ne sont pas calmes, sont facilement débordées, voire un peu agitées, avec un fond d'anxiété sans vécu dépressif franc. Leurs échanges avec leurs enfants sont marqués par ces caractéristiques, avec des réponses volontiers motrices. On peut dire qu'il s'agit d'un fonctionnement psychique qui ne s'organise jamais sous une forme symptomatique.

## UNE DISCONTINUITÉ OU UNE PAUVRETÉ D'INVESTISSEMENT DE LA PART DE L'ENVIRONNEMENT MATERNEL PRÉCOCE – 2 CAS

Ce type d'environnement représente deux cas. Le cas de Noël laissé très fréquemment dans son parc devant la télévision jusqu'à l'âge de

trois ans (observation n° 7) en est une illustration. La situation de Murielle montre comment seul un dispositif thérapeutique relativement complexe a permis de comprendre la nature des ratés survenus dans sa première enfance.

**Observation n° 6. Murielle**

Murielle, huit ans, enfant très instable et coléreuse à l'égard de ses parents, a refusé de venir en consultation la première fois et sa mère n'a obtenu sa présence qu'en lui affirmant qu'il s'agissait d'un rendez-vous unique. Elle acceptera cependant de revenir à d'autres rendez-vous mais elle parle très peu, et face à l'angoisse intense qu'elle éprouve en relation duelle, je lui propose de participer à un groupe thérapeutique. Elle refuse aussi cette proposition, pour la même raison qui la faisait craindre de me rencontrer : elle a peur des visages inconnus. Elle ressent cette angoisse dans toute situation nouvelle, mais une fois qu'elle a fait connaissance, elle se sent mieux, et elle se révélera être un des éléments les plus dynamiques du groupe, dont elle tirera bénéfice. Par ailleurs, au moment de partir huit jours en colonie de vacances accompagnée de sa sœur cadette, elle a été prise d'une peur panique que ses parents ne l'abandonnent.

En attendant que le groupe débute, ce qui nécessitera deux mois, une prescription de Ritaline est proposée pour tenter de sauver l'année scolaire de Murielle. Son comportement s'améliore considérablement et ses notes progressent de manière satisfaisante, mais son institutrice indique qu'elle demeure toutefois « une enfant fragile, émotive, et très vite déstabilisée par n'importe quel petit problème de la vie d'écolière, ce qui entraîne parfois des crises de larmes ». Il sera donc toujours nécessaire qu'elle participe à un groupe thérapeutique pour travailler sur sa peur de tout ce qui est inconnu. Cette prise en charge en groupe permettra l'arrêt assez rapide de la prescription médicamenteuse.

Quatre mois après le début du groupe, mère et fille viennent en entretien pour faire le point. Murielle est transformée, souriante, parle librement, et me raconte d'emblée une histoire qu'elle a proposée et fait jouer au groupe : deux corbeaux fabriquaient du pop-corn. L'un d'eux, farceur, peint des cailloux en jaune, si bien que tous les gens se cassent les dents dessus, ce qui les oblige à aller chez le dentiste. Face à une telle bousculade, le dentiste met aux adultes des dents colorées en bleu, jaune, gris, noir, car il n'a pas le temps de les nettoyer pour enlever ces couleurs. Cela fait un drôle d'effet aux gens lorsqu'ils se regardent dans un miroir et lorsqu'on les regarde. Mais le corbeau, oubliant qu'il a fabriqué du faux pop-corn, en mange et se casse le bec, qu'on lui remplace, pour le punir, par un bec de toutes les couleurs.

Suite à cette histoire que je relie à l'angoisse que ressent Murielle face aux nouveaux visages, je demande à la mère si elle imagine quelque

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

événement qui aurait pu perturber sa fille pendant la première année de sa vie, en particulier pendant la période autour de six-huit mois. Elle m'explique alors que Murielle a vu défiler neuf nourrices du troisième au dix-huitième mois de sa vie, car comme les parents travaillaient en poste, du matin ou du soir, les nourrices les lâchaient régulièrement dès qu'elles trouvaient à garder un enfant avec des horaires fixes dans la journée. Ceci me permet d'évoquer avec Murielle sa crainte d'être abandonnée : dès qu'elle commençait à investir une personne, cette dernière partait, et elle se sentait peut-être aussi abandonnée par ses parents (les deux corbeaux) qui la « livraient » à des inconnues au visage étrange et étranger, à un âge auquel un bébé est particulièrement angoissé par les changements de visage. Et je comprends maintenant la peur qu'elle éprouvait à venir me rencontrer, moi qui étais pour elle un inconnu auquel ses parents voulaient la confier. Peut-être aussi se sentait-elle en colère contre ses parents, comme semble l'indiquer le fait que le corbeau soit puni selon la loi du talion.

On peut remarquer que ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que cette mère peut commencer à relier les symptômes de son enfant à des éléments de son histoire, à partir du matériel apparu en groupe d'enfants puis apporté par Murielle en entretien familial. Au cours des premiers entretiens, j'avais cherché avec attention ce qui dans la petite enfance de Murielle aurait pu être à l'origine de cette angoisse et de cette instabilité, mais je n'avais rien trouvé de remarquable. Aussi avais-je « classé » cette situation dans le groupe 7, les instabilités sans cause repérable[8].

On comprend maintenant pourquoi Murielle déclare dans ce groupe que « le meilleur moment, c'est avant le jeu lui-même, quand on a trouvé des idées et qu'on a parlé ». Ce que souligne alors cette fillette habituellement peu loquace, c'est le plaisir éprouvé à ressentir une continuité dans sa pensée, et elle insiste souvent pour que le même thème soit repris d'un groupe à l'autre avec des variations. Cet établissement de la continuité est particulièrement important pour elle étant donné le défilé de nourrices auquel elle fût soumise.

Murielle reprendra mon interprétation dans le groupe lors d'une séance dont le thème tourne autour d'un bébé abandonné par ses parents et recueilli par une louve. Tous les enfants ont envie de s'en occuper, aussi l'un d'eux propose-t-il que chacun ait successivement le bébé en garde pendant deux jours. Murielle intervient en disant que bébé, elle a été perturbée par une succession de nourrices, qu'elle en a gardé des peurs,

8. D'une manière générale, ce groupe 7 a « fondu » au fil du temps, ce qui montre bien que la compréhension de certains processus psychiques ne peut se faire que dans la durée.

> et que quand elle aura des enfants, elle prendra un congé parental pour s'en occuper.

## LES INSTABILITÉS CONCOMITANTES D'AUTRES TROUBLES INSTRUMENTAUX – 4 CAS

Il s'agit là des instabilités associées à des troubles autres que les dyslexies-dysorthographies d'un type « courant », c'est-à-dire quatre cas.

Un enfant présentait une dysphasie, et trois, des troubles d'évocation. Nous nommons ainsi une difficulté d'apprentissage spécifique qui concerne des enfants incapables de retenir l'orthographe d'un mot avec une incapacité à le mémoriser visuellement. Ce groupe ne recoupe pas celui des enfants non-lecteurs dans la mesure où les mécanismes d'apprentissage de la lecture ne sont pas atteints, ou lorsqu'ils le sont, c'est de manière beaucoup moins massive que chez les non-lecteurs. Il existe donc chez eux une relative indépendance entre les mécanismes de la lecture et de l'écriture. Ces enfants ne présentent pas toujours une instabilité. On ne trouve aucun facteur psychologique personnel ou familial permettant d'expliquer ce trouble, ce qui amène à se demander s'il ne s'agit pas d'un véritable handicap neurologique encore non identifié. Mais les travaux des neurologues, qui nomment ce trouble « dysgraphie développementale », n'ont abouti à aucune certitude (C. Thomas-Anterion et coll., 1994). L'aide psychothérapique ne peut porter que sur la souffrance de ces enfants face à leur handicap, les essais de prescription de Ritaline ont été inefficaces, et seule une pédagogie spécifique permet parfois d'obtenir une amélioration.

## LES INSTABILITÉS SANS CAUSE REPÉRABLE – 2 CAS

Dans les deux situations concernées, les mères étaient un peu « froides » dans leur relation avec leur enfant et avec le thérapeute, mais on peut trouver des dysfonctionnements mineurs dans toutes les familles et en faire une causalité risque d'être une solution de facilité. Peut-être ces deux situations constituent-elles des instabilités sans cause interactionnelle ou psychologique.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Cette classification ne prétend pas être définitive et n'est pas exclusive des éventuels facteurs génétiques et constitutionnels. Mais elle permet de constater la fréquence des troubles de la relation pendant la première année de la vie entre l'enfant instable et son environnement (dans 54 situations sur 60).

*Chapitre 3*

# L'observation de la vie psychique des enfants instables

CONFRONTÉS à la variété de ces sept groupes, nous avons pris, à ce moment de notre recherche, la position de laisser en suspens la question de la cause. Il nous semble en effet que les études qui, dans le domaine de l'instabilité, ont posé des hypothèses étiologiques au départ, ont biaisé par là même l'observation des processus psychiques en jeu. Nous avons tenté de décrire la vie psychique de l'enfant instable sans aucun a priori. Pour cela, nous avons utilisé le travail réalisé par trois auteurs américains, et les constatations issues de nos propres dispositifs thérapeutiques. Ce n'est qu'après avoir accepté de prendre cette position de non-savoir que nous avons pu commencer à reprendre la question de la cause.

## UNE OBSERVATION CONTEMPORAINE DE L'APPARITION DE L'INSTABILITÉ

H. Massie, N. Szajnberg et S. Brody (1998), dans une recherche impulsée par l'International Psycho-analytic Association, ont suivi 78 enfants de la naissance à l'âge de 30 ans. Pendant cette étude, les mères et les enfants furent filmés au cours d'interactions impliquant l'alimentation et le jeu, et les pères, mères et enfants furent interviewés à intervalles réguliers. Dans cette population, les auteurs trouvent six enfants hyperactifs d'après les critères du DSM IV. L'intérêt de ce travail est qu'il décrit une observation en direct du développement de l'enfant et des interactions parents-enfant sans a priori, et qu'il ne s'agit pas d'une reconstruction a posteriori. Deux situations d'enfants devenant progressivement instables y sont exposées en détail.

La première situation traite du cas d'une petite fille nommée Daphna. À six semaines, la mère de ce bébé était plus dans l'action que dans l'introspection : elle était logorrhéique, jouait rarement tranquillement avec son enfant, et pendant l'échange alimentaire avec lui, elle était dominante, jamais calme, et incapable de ralentir son rythme. À six mois, ce bébé était tendu en permanence, et vomissait pendant le repas. Sa mère avait toujours le même mode de contact : elle parlait constamment mais jouait rarement calmement avec sa fille, et la laissait souvent seule. À un an, cette mère laissait Daphna manger à sa guise les aliments disposés sur sa table car elle sentait que sa fillette résistait aux échanges alimentaires avec elle. Daphna marchait de manière incessante et mit complètement en désordre le bureau de l'observateur en quelques minutes. À 4 ans, le père de Daphna débuta des épisodes maniaques et se mit à boire. Lorsqu'il était déprimé, il devenait agressif.

À dix-huit ans, Daphna parlait très rapidement sans prendre le temps de réfléchir et avait peu de confiance en elle. Elle fit ensuite des études secondaires, se maria avec un homme qui devint alcoolique, se mit elle-même à boire durant ce mariage, divorça. À trente ans, son évolution était bonne. Elle était réfléchie, chaleureuse et satisfaite de sa vie. Elle ne buvait plus et utilisait le sommeil pour se défendre contre les situations conflictuelles. Elle n'avait plus de compulsion à bouger sans arrêt.

La deuxième situation concerne un petit garçon nommé Franck. Sa mère le materna sans affects, sans sourires, et de manière mécanique,

sans savoir que faire lorsqu'il pleurait. Franck devint hyperkinétique dès qu'il sut marcher et investit alors plus les objets que les personnes. Son père ne jouait jamais non plus avec lui. À 4 ans, ni son père, ni sa mère ne réalisaient l'importance de son instabilité.

À dix-huit ans, il avait un QI à 130, et paraissait calme. En fait, il était très contrôlé et inhibé, incapable de s'intéresser à quoi que ce soit, sauf à jouer au basket, mais avec une incapacité, disait-il, de supporter les blessures mineures survenant au cours de ce sport. Il gardait une image idéalisée de ses parents, à part deux mauvais souvenirs, l'un où il avait été puni de manière excessive, l'autre où ses parents avaient déménagé, lui faisant perdre ses amis qui compensaient l'aspect dévitalisé de sa vie familiale. Franck parlait d'une manière ininterrompue, ce qui faisait suggérer que la partie instable qui était hors de son contrôle lors de son enfance était toujours active, mais de manière maintenant plus verbale que physique. Il avait des idées dépressives. À trente ans, il n'avait pas de relations féminines, avait développé une intellectualisation obsessionnelle, sentait que sa vie n'était pas heureuse, mais avait été incapable de demander de l'aide sous la forme d'une psychothérapie car les pensées n'étaient pour lui qu'un exercice philosophique. Un changement important s'était cependant produit : Franck n'idéalisait plus ses parents.

Les six enfants ayant évolué vers une instabilité avaient eu une histoire médicale prénatale et infantile et un développement psychomoteur sans problème. Mais il existait chaque fois des problèmes psychodynamiques et interactionnels familiaux qui suggéraient que leur hyperactivité était due à une étiologie à dominance psychologique plus que physique. Dans l'expérience des auteurs, peu d'enfants qui leur sont envoyés pour de l'hyperkinésie, un trouble de l'attention et de l'impulsivité, présentent des lésions du système nerveux central. La présence de ces lésions peut être évoquée dans seulement cinq pour cent des cas par des petits signes neurologiques ou des histoires médicales liées à des affections ou à des traumatismes durant la grossesse ou l'enfance, accompagnés de l'absence d'interactions familiales problématiques. Dans chacun des six cas, les parents étaient incapables d'entrer en contact avec leurs enfants lorsqu'ils étaient bébés, et la relation d'attachement parents-enfant était perturbée. Ceci se voyait au niveau des micro-mouvements (film seconde par seconde) et au niveau des interactions globales.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Une fois que ce genre de relation s'était installée, les pères et mères étaient perdus pour l'enfant en tant que personnes avec lesquelles il pouvait éprouver une « sécurité émotionnelle ». Le résultat de cet attachement perturbé était le comportement hyperactif qui, lorsque l'enfant était petit, consistait littéralement en une sorte de « course sans racine ». À un âge plus avancé, beaucoup de ces parents étaient incapables de jouer avec leur bébé parce qu'ils étaient trop intrusifs, trop contrôlants, trop inhibés, ou dans certains cas, trop occupés, ou parce qu'ils n'attribuaient aucune valeur au jeu. Pour les enfants qui devinrent hyperactifs, penser, ressentir du plaisir, et agir ne pouvaient jamais se fondre ensemble.

Chez plusieurs familles existait une dichotomie entre la perception que les parents avaient de leur manière de faire et leur comportement réel avec leur enfant. Ainsi les parents pensaient et disaient agir d'une certaine manière, alors qu'en fait ils agissaient de manière opposée. Par exemple, la mère de Daphna disait que son bébé rejetait sa nourriture, alors qu'une étude de la vidéo montrait que c'est la mère qui rejetait les mouvements par lesquels son bébé l'invitait à être plus impliquée au moment du repas. Ou encore le père de Daphna disait, quand elle avait six ans, qu'il n'avait jamais puni son enfant physiquement, et quelques minutes plus tard, il décrivait une fessée qu'il lui avait donnée récemment. Les punitions corporelles étaient fréquentes pour les six enfants, et rien n'indiquait que cela les aidait.

À trente ans, quatre enfants sur six avaient des problèmes d'insécurité, et de relations avec leurs parents.

On peut remarquer que tous les parents se sentaient concernés et s'impliquaient dans la vie de leur enfant. Ils avaient tous à cœur son intérêt et donnaient ce qu'ils pouvaient. Aucun n'avait abandonné son enfant. Sans cet investissement, les perturbations auraient peut-être été plus importantes. Dans les six cas, les problèmes relationnels entre parents et enfants se situaient à un niveau clinique assez subtil, et une personne non entraînée ou un clinicien trop superficiel ne les aurait pas repérés.

En général, ces enfants n'avaient présenté aucun comportement particulier au cours de leur développement pendant les six premiers mois de leur vie. Les troubles commencèrent à faire leur apparition entre six et douze mois, sous la forme d'expression faciale triste, de peu d'activité, et de signes d'irritabilité, avec une augmentation de la tension corporelle, et des comportements autocalmants. Plus tard, des

défenses de type obsession-compulsion apparurent chez plusieurs des enfants, sous la forme de rangement excessif de jouets, de craintes de la poussière et de rituels de comptage. Parfois, l'absence de repos interne n'apparaissait que sous la forme d'un besoin irrépressible de parler.

À l'âge de trente ans, on pouvait proposer comme diagnostic formel pour ces six adultes anciens enfants hyperactifs : des troubles de la personnalité de type obsession-compulsion pour trois d'entre eux, des attaques de panique pour un autre adulte, un comportement dysthymique pour un autre. Pour Daphna, aucun diagnostic précis ne fut fait à part un épisode dépressif dans le passé.

Cette recherche montre l'importance des perturbations des relations précoces parents-enfant dans la genèse de l'instabilité. Elle souligne aussi le rôle de la pathologie paternelle, souvent sous-estimée dans les travaux anamnestiques centrés essentiellement sur la pathologie maternelle.

## NOS DISPOSITIFS D'OBSERVATION ET DE PRISE EN CHARGE

### L'abord psychothérapique familial

Des entretiens familiaux d'inspiration psychanalytique[1] avec les parents en présence de l'enfant, ont été proposés dans toutes les situations. Ils aident les parents à adapter leurs attitudes éducatives et pédagogiques car il n'est pas toujours facile de vivre avec un enfant instable. Ils permettent aussi de réfléchir avec les parents sur la manière dont leur propre histoire d'enfant a éventuellement pu les amener, à leur insu, à avoir des projections sur leur enfant entraînant des attitudes éducatives inadéquates à son égard. Ceci permet à certains parents de modifier ces attitudes, et peut apporter des éléments permettant de comprendre les symptômes actuels de l'enfant. Mais malgré notre expérience en ce domaine (M. Berger, 1986, 1987, 1990, 1995), ces entretiens n'ont pas permis à eux seuls de modifier l'instabilité de l'enfant. Ils ont confirmé dans un certain nombre de situations les

1. D'autres thérapeutes, comme T. Compernolle (1997), proposent des thérapies cognitivo-behaviouristes dont nous n'avons pas l'expérience.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

discordances éducatives des deux parents décrites par M. Bellion et J. Abecassis (1998), mais il nous semble prudent de souligner que tout symptôme d'un enfant (insomnie, refus alimentaire, etc.) risque de faire apparaître de telles divergences. Nous n'avons pas rencontré de situation dans laquelle le symptôme de l'enfant hyperkinétique aurait pu jouer un rôle de « stabilisateur » de l'équilibre familial.

Pour deux enfants, le travail avec la famille a permis une amélioration partielle de l'instabilité. Le premier, âgé de douze ans présentait une hyperkinésie majeure. Cet enfant avait été l'objet d'un forçage très important de la part de sa mère qui souffrait d'une névrose obsessionnelle au moment de sa naissance et dans les années qui suivirent. Grâce à une chimiothérapie adaptée et une psychothérapie, cette mère allait beaucoup mieux et participa d'une manière enrichissante à des entretiens familiaux, tout en permettant à son fils de faire certaines expériences relationnelles avec elle qu'il n'avait pas pu vivre lorsqu'il était plus petit. Dans le deuxième cas, l'enfant se mit à jouer aux marionnettes avec le thérapeute et sa mère, amenant ainsi un matériel intéressant, puis une psychothérapie lui fut proposée. Mais d'une manière générale, on peut dire que si les entretiens familiaux sont souvent efficaces sur les autres difficultés psychiques de l'enfant, l'instabilité demeure résistante à cet abord si c'est le seul procédé thérapeutique proposé[2].

## La prise en charge individuelle

La prise en charge individuelle des enfants instables, nous confronte à l'hétérogénéité de leur capacité d'utiliser un espace psychothérapique, de « jouer avec leurs idées ». D'une manière provisoire, nous distinguons trois groupes d'enfants en fonction de leur capacité d'utiliser la parole en relation duelle ou groupale, et de la façon dont l'hyperkinésie gêne, au sens d'un bruit parasite, la relation avec autrui. Pour chaque groupe, la question que l'on a à résoudre est de proposer un dispositif qui permette de « fabriquer de la substance psychique », suivant l'expression de N. Minazio, avec des enfants qui bougent beaucoup, afin d'avoir accès à leur vie psychique. Et ce

2. Ces difficultés se retrouvent dans une étude de M. Saiag et A.S. Poisson-Salomon (1995) qui indiquent que la thérapie familiale est peu efficace sur l'hyperactivité elle-même, à long terme.

dispositif, pour pouvoir contenir l'instabilité, doit chaque fois intégrer une certaine charge de motricité tout en la canalisant (aménagement du cadre psychothérapique individuel, ou jeu de marionnettes en groupe, ou psychomotricité).

Le premier groupe concerne des enfants qui peuvent rester assis un moment, même en gigotant, écouter ce qu'on leur dit, et utiliser la parole dans un cadre psychothérapique duel si l'on y apporte les modifications décrites plus loin.

Dans le deuxième groupe se situent des enfants qui ont peur de la relation duelle, et/ou qui sont souvent effrayés par l'inconnu, qu'il s'agisse d'une situation nouvelle ou d'un visage nouveau, comme celui du thérapeute. Leur instabilité est « tolérable ». Pour leur éviter d'être en contact « direct » avec un adulte, nous leur proposons un travail en groupe, sous la forme de jeux de marionnettes[3]. Ils utilisent le psychisme des autres enfants pour y greffer leurs propres fantasmes en se sentant moins exposés directement, et se révèlent alors capables de construire des scénarios élaborés.

Le troisième groupe concerne des enfants qui bougent de manière incessante, inorganisée, sont inatteignables par la parole. Leur corps est sous la tutelle aliénante de l'excitation sans que cela puisse donner naissance à un affect corrélé à une représentation (L. Danon-Boileau, 1999). Ils ne peuvent effectuer que des jeux moteurs répétitifs, du moins au début, et utilisent la parole essentiellement pour exercer une maˆtrise sur l'autre. Nous leur proposons une prise en charge en psychomotricité, le matériel recueilli étant supervisé environ toutes les quatre séances.

Nous allons développer maintenant la mise en œuvre de ces trois modalités thérapeutiques.

## La psychothérapie individuelle de l'enfant

### *Le dispositif*

Comme nous l'avons indiqué, une psychothérapie individuelle « classique » se révèle souvent difficile à réaliser du fait de l'agitation de l'enfant. Elle est cependant parfois réalisable d'emblée avec des enfants qui ont des capacités associatives suffisantes, ou après un

3. D'autres techniques groupales peuvent être employées.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

temps de prise en charge en psychomotricité. Aussi est-il fréquemment nécessaire de réaliser des aménagements qui permettent à l'enfant de soutenir son attention, en particulier sous la forme d'une participation du thérapeute plus active qu'habituellement : il propose de construire un récit en écrivant une phrase en alternance avec l'enfant ou sous sa dictée, il aide à l'organisation du jeu lors de l'utilisation d'une maison en legos et si besoin, il intervient directement sous la forme d'un personnage, fait se déplacer les personnages en réalisant ainsi un véritable jeu de rôle, qui évite que ce soit l'enfant lui-même qui ne se déplace.

La rédaction d'un récit avec l'enfant ou sous sa dictée lui offre un espace représentatif particulier. Il n'a pas à dessiner ni à écrire, ce qui est trop difficile pour le genre d'enfants concernés, mais il lui suffit de parler, « d'associer librement », en se laissant emporter par l'histoire. Une certaine labilité existe, avec la possibilité de revenir en arrière pour modifier le récit. L'instabilité est transférée sur le mode verbal, mais le désir d'en faire un récit écrit l'organise, la charge d'excitation est ainsi en partie canalisée vers des représentations. Le récit apporté par l'enfant devient progressivement l'équivalent d'associations libres, d'un rêve (ou d'un cauchemar) éveillé. Tant que cela sera nécessaire, c'est au thérapeute de débuter le récit. En effet, si l'on demande à l'enfant de commencer, le risque est grand qu'il ressente cela comme une tentative de maˆtrise de l'adulte sur lui, et qu'il refuse. La première phrase ouvre à un large espace imaginaire (« Il était une fois... un enfant qui allait se promener », ou « un homme et une femme qui vivaient dans une maison », ou « un chat », ou « un explorateur », etc.). Puis, dans l'échange, le thérapeute relance si besoin le processus par des phrases assez neutres, ou l'oriente vers les zones conflictuelles de l'enfant, comme s'il s'agissait d'un *squiggle* parlé. Cet aménagement est très proche du mode de pensée le plus naturel de l'enfant qui, dès que sa pensée s'organise, « se raconte des histoires ». Il n'y a aucun intérêt à chercher une *happy end* à chaque récit : sauf si l'enfant est massivement débordé par l'angoisse, la séance peut se terminer sur une histoire sans issue et/ou inquiétante, laissant le sujet face à une conflictualité pour le moment sans solution, comme cela peut se produire à la fin d'une séance d'analyse d'adulte. Pour certains enfants instables, le moment où ils poursuivent le même scénario d'une séance à l'autre est un temps mutatif particulièrement important.

Le récit est adressé au thérapeute, et nécessite une interprétation dans le transfert quand elle s'impose[4]. Le thérapeute note, ce que l'enfant peut ressentir comme une maˆtrise sur l'adulte, mais surtout, l'écrit joue une fonction tierce : l'enfant n'a pas le sentiment de parler directement au thérapeute, en un « face à face » qui ne lui permettrait pas de développer ses rêveries.

Dans ce dispositif, le thérapeute est à la fois interprète et partenaire du récit, ce qui lui permet d'empêcher le conflit d'aller dans n'importe quel sens et permet d'organiser une certaine « progressivité » (L. Danon-Boileau) dans les niveaux et quantités d'angoisse abordée par l'enfant.

Il nous paraˆt intéressant d'élargir ce dispositif à d'autres contextes cliniques que l'instabilité, en particulier chaque fois qu'un enfant présente d'importantes difficultés associatives.

### *Le matériel recueilli*

Les deux exemples suivants montrent les effets produits par le procédé du récit à deux.

**Observation n° 7. Noël**

Noël, huit ans, a présenté plus jeune une dysphasie prise en charge et très améliorée par une orthophoniste, cependant une instabilité importante persiste avec des problèmes de concentration. Il a aussi des difficultés à entrer en relation avec les autres enfants.

En psychothérapie, Noël s'est installé d'emblée dans des jeux répétitifs d'échange de balles, avec des comptes précis des points marqués par chacun, de construction de tours de cubes, et il refuse de dessiner, d'échanger par la parole, de jouer avec les marionnettes ou les personnages en plastique. Aucun fantasme n'apparaˆt. Dès qu'il entre dans mon bureau, il s'accroche immédiatement à un objet, sans laisser la moindre pensée de nature fantasmatique venir à son esprit. Ceci évoque le déroulement des trois premières années de sa vie : sa mère l'a placé dans un parc dans la salle de séjour en s'occupant très peu de lui, et il passait son temps essentiellement à regarder la télévision constamment allumée.

4. D'une manière générale, la psychothérapie des enfants instables questionne le thérapeute sur les modalités qu'il a utilisées pour déployer son imaginaire lorsqu'il était enfant : jeux physiques, passage par l'intermédiaire d'objets, intérêt littéraire précoce, etc. Un modèle unique risque d'empêcher de se brancher sur le « canal » associatif sur lequel se situe l'enfant.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Pour sortir de cette répétition, je prends une maison en legos et il accepte de participer à ce jeu. Il place les lits des deux enfants et des parents collés dans la même chambre, parce que les enfants ont peur d'être seuls, et les parents aussi. Le matin, une personne étrangère arrive, qui vient garder les enfants (ceci est marmonné d'une manière à peine compréhensible). La mère et le père partent travailler, et les enfants se mettent immédiatement devant la télévision. Je joue les enfants qui pleurent, parce qu'ils veulent que leur mère revienne. Noël fait revenir aussitôt sa mère, mais cette dernière annonce que c'est la fin de sa journée de travail. Elle a donc été absente toute la journée. Elle va immédiatement se coucher pour lire, et comme les enfants se remettent à pleurer, le père arrive et après les avoir embrassés, il va chercher leur mère. Au moment où celle-ci s'approche des enfants et où je leur fais dire qu'ils veulent jouer avec elle, il y a là quelque chose d'intolérable puisque Noël arrête immédiatement le jeu. Je le termine moi-même en mettant les enfants en colère : « Qu'est-ce que c'est que cette télévision, on en a assez, c'est avec notre mère que l'on veut jouer et on n'y arrive pas. »

Cette séance a inquiété Noël puisqu'il débute la scéance suivante en disant que cela fait un mois qu'il vient me voir et qu'il en a assez car cela l'empêche de regarder les dessins animés à la télévision le mercredi matin. Je lui réponds en lui faisant remarquer que la dernière séance s'est terminée sur l'histoire d'enfants qui étaient devant la télévision parce que leur mère n'était pas là, et qu'il a l'air en colère contre moi, ce dont il convient. Peut-être a-t-il peur des sentiments, colère, peur, qui pourraient apparaˆtre en lui au cours d'une telle histoire, comme chez les enfants du jeu, et préfère-t-il se remettre lui-même devant la télévision en trouvant que c'est bien ainsi, sans penser à autre chose alors que la semaine dernière, les enfants trouvaient que la télévision ne remplaçait pas une maman.

Noël repart dans ses jeux moteurs ainsi qu'à la séance suivante. Mais je ne suis pas d'aussi bonne composition que les psychomotriciennes, et j'ai le sentiment de ne plus évoluer dans le cadre que j'ai choisi, celui de la psychothérapie de l'enfant. Aussi je l'informe que je souhaite qu'un quart d'heure de la séance soit chaque fois consacré à être assis à la même table et à écrire une histoire, sous sa dictée s'il le souhaite. Il accepte, s'assoit en face de moi. Voilà l'histoire qui apparut dès qu'il cessa son hyperkinésie. Je débutai par une phrase neutre (les phrases de Noël sont en italique).

– Il était une fois un enfant qui était parti se promener.

– Il verra un loup (cette phrase surgit de manière abrupte).

– Il a tellement peur qu'il n'arrive même pas à crier.

– Il est parti en courant.

– Que fait le loup ?

– Lui aussi, il court pour le rattraper

– Le loup court derrière l'enfant (Noël devient blême quand je dis cette phrase).

– Et il rentra chez lui.

– Il a le temps de fermer la porte au nez du loup.

– Un chasseur venait pour tuer le loup. (fermer la porte ne suffit pas pour que Noël se sente rassuré).

– Le chasseur lui tire dessus.

– Ca c'est une bonne phrase (dit immédiatement Noël, très soulagé). Et il est mort.

– Le chasseur dit à l'enfant : « Tu sortais tout seul, sans tes parents ? »

– Oui.

– « Où sont-ils ? » dit le chasseur.

– Ils sont en vacances sans moi.

Noël, épuisé, demande à arrêter l'histoire. Il a quitté le registre du jeu, du « comme si », et a vécu le récit comme un événement réel qui lui serait arrivé. Scène de solitude devant le vide relationnel télévisuel, scène d'effroi face à un loup, lequel est peut-être une représentation de la mère dans la mesure où, pour un tout-petit, une mère absente est une mère méchante (G. Berger), on comprend que Noël évite le surgissement de tout fantasme, et que soit il coupe la relation, soit il la contrôle par des jeux moteurs qu'il dirige.

Progressivement, la construction conjointe de récits occupe la totalité des séances. Quelques semaines plus tard, Noël débute une histoire en évoquant un chat qui voit un chien méchant et va ailleurs en se disant « J'espère qu'ici il n'y a pas de danger ». Trait de « génie », il me demande d'écrire toute de suite la fin de l'histoire : « le chat était tranquille », ce qui lui permet d'imaginer les scénarios les plus risqués puisque dans le cadre est maintenant inscrite la certitude que tout se finira bien.

Dans le récit qu'il invente entre ce début et cette fin, le chat, après un quart d'heure sans danger, voit arriver un chien encore plus méchant que le premier, mais « il était gentil avec le chat, il parlait, ce qui est bon signe. Pendant 40 minutes, tout se passe bien, puis il redevient le plus méchant du monde. On s'en rend compte parce qu'il fait des pas vers le chat et grogne. Le chat part et va dans une maison tranquille ». Ce scénario peut être mis en lien avec la dysphasie dont a souffert Noël : la parole qui manque co¨ncide avec l'apparition d'une violence (interne ?) dont on ne peut se protéger que par une rupture de la relation. On peut aussi mettre les 40 minutes en relation avec la durée de la séance, et l'interlocuteur devient méchant au moment où on doit se séparer, ce qui évoque la manière dont la mère laissait Noël dans la solitude.

Dans la suite de cette psychothérapie, des progrès apparaissent dans la relation de Noël avec les autres. Son enseignant indique qu'il est devenu

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

capable de dialoguer avec ses camarades pendant les récréations, de réciter une poésie face à toute la classe de manière calme et distincte. Il peut venir au tableau expliquer la stratégie qu'il utilise pour résoudre une opération, et d'une manière générale, il peut se concentrer plus longtemps. Par ailleurs, dans les récits construits à deux, il peut imaginer des histoires de couple sous la forme d'une camarade qui invite un garçon à son anniversaire et réciproquement, chacun se faisant des cadeaux.

Depuis peu, il raconte les mauvais rêves qu'il fait. Il s'agit là d'une étape importante car l'apparition et le repérage par lui de ces rêves indique la constitution d'un espace imaginaire dans lequel ses angoisses peuvent être contenues et bien différenciées de la réalité. En même temps, les histoires deviennent très claires, Noël n'hésite pas à indiquer, à propos d'une remarque que je fais, que « ceci n'est pas dans l'histoire », et il est beaucoup moins agité en séance.

**Observation n° 8. Bertrand**

À un niveau un peu plus mentalisé, Bertrand, dix ans, adopté à huit ans, me dicte des scénarios où les bagarres se succèdent. Je note, saoulé et perdu dans des scénarios de courses poursuites, de vols, de luttes au couteau et au revolver, de chefs avides de pouvoir, mais j'ai l'idée que tout ceci finit par n'être qu'un équivalent parlé de l'instabilité. Et pourtant, peu à peu des éléments plus transférentiels apparaissent. Un des bandits travaille à l'hôpital, c'est le docteur Berger, psychiatre d'enfants. Lors d'un vol, il est blessé à une oreille et ne peut plus trop entendre (handicap majeur pour un psychiatre). Démasqué à l'hôpital où il a prétendu s'être blessé avec un couteau, il s'enfuit, tuant au passage son frère plus petit que lui (Bertrand ?). Bertrand indique ensuite que le docteur Berger, sa tête mise à prix, doit s'enfuir en Chine où il ne sait pas parler la langue du pays, ce dont il a très honte. Après avoir évoqué cette honte qui doit être proche de celle qu'il a vécue lors de son arrivée en France, Bertrand est un peu gêné de s'écrouler de rire lorsqu'il indique que le docteur Berger, malgré les douze pédales (homosexuels) qui sont ses gardes du corps, est assassiné, et que sa mère meurt après.

Cette débauche meurtrière quasiment orgiaque a un intérêt : elle m'est adressée, c'est-à-dire qu'elle peut commencer à s'organiser autour d'un objet. Elle montre aussi qu'un premier système de pare-excitation se met en place, qui consiste à transformer une excitation et une agressivité diffuse en une excitation sexuelle (G. Szwec, 1993). La mère adoptive de Bertrand est venue avec lui en consultation car il est très instable, sans cesse agressif à l'égard des autres enfants, en particulier à l'école, et elle a le sentiment qu'il n'éprouve aucun sentiment en général et ne noue aucun lien avec elle. Après la séance décrite ci-dessus, elle m'indique que pour

la première fois, elle trouve que Bertrand montre un début d'attachement à son égard sous la forme de gestes affectueux. Il est aussi beaucoup moins instable et plus concentré.

Dans le scénario de la séance suivante, deux frères sont sur une photo et l'un a son visage effacé. Je lui dis à ce moment que c'est comme le frère que le docteur Berger a précédemment assassiné : il faut qu'un des deux frères disparaisse (est-ce sa théorie sur l'origine de l'abandon, un frère lui aurait été préféré ?). Il me dicte alors une histoire très complexe et je lui fais remarquer qu'en inventant un récit aussi compliqué, il fait en sorte que je sois perdu. Il me répond alors clairement qu'il fait exprès pour que je sois « largué ». Je commente : nous serions alors comme deux frères, et il ne resterait que lui. Avec un air très heureux, il ajoute aussitôt « et oui ! » et éclate de rire.

La séance suivante montre un progrès psychique important. Bertrand me dicte l'histoire d'un homme singe, Zourgou, dont le père a été tué par des soldats. Sa mère lui transmet avant de mourir un collier porte-bonheur qui le protégera dans les combats. Zourgou a un fils. Il lui apprend à se battre lorsqu'il a dix-huit ans car s'il lui apprenait cela trop tôt, il ne serait pas capable de se servir de sa force et tuerait tout le monde. Il lui transmet aussi une lance qui ne tue pas les animaux sauvages mais les rend plus gentils et permet de les apprivoiser. Ainsi il peut se représenter un enfant pouvant recevoir de ses parents, au bon moment, une force (la lance) et une sécurité intérieure (le porte-bonheur) qui lui permettent de domestiquer sa sauvagerie pulsionnelle. Or Bertrand était un enfant extrêmement violent vis-à-vis des autres jusqu'à présent.

À la séance suivante, Bertrand me dicte l'histoire d'une machine à remonter le temps construite par un vieux de cinquante ans (le thérapeute ?). Dans un étonnant périple, qui n'est pas dénué de risque incestueux, un sujet voit se dérouler l'histoire de ses parents enfants, puis jeunes adultes, se rencontrant dans un bal. Les fantasmes de scènes primitives s'organisent sur un mode enfin moins explosif.

D'autres thèmes aussi riches continuent à apparaître, mais une partie de son fonctionnement psychique, qui correspond aux « résidus instables », demeure fixée à un scénario répétitif représentant un combat sans issue. En voici un exemple. Un cheval veut se venger des mouches qui l'attaquent. Il leur dit : « Arrêtez de me piquer les fesses ». Les mouches répondent : « Non ». Le cheval décide de leur faire la guerre. Il va se laver pour se mouiller, si bien que lorsque les mouches le touchent, elles meurent car elles n'aiment pas l'eau. Elles se vengent et installent un fil avec du courant pour l'électrocuter. Il se venge à son tour : avec une tapette il saute et tue les mouches. Les mouches se vengent en le tapant dans l'œil. Le cheval prend alors un canon qu'il braque sur les mouches et « elles sont toutes crevées ». Bertrand arrête là l'histoire pour le moment car « tout le monde est fatigué ».

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Nous constaterons ultérieurement à quoi peut correspondre le thème de la mouche et la présence constante d'un « ennemi », comme dans les histoires de Noël.

### *L'introduction de l'autre comme sujet*

La question qui se pose principalement à ce moment de la psychothérapie de Bertrand, est celle de savoir comme se dégager du rythme trop accéléré de son récit et de sa répétitivité. En effet, l'expérience montre que lorsque le récit va trop vite, il ne fait que se reproduire à l'identique de manière compulsive, se chronicise et perd sa valeur représentative au sens où le sujet ne peut s'en servir pour prendre conscience de ses mouvements affectifs.

L'enjeu est de taille car, dans un tel contexte, la parole de l'enfant – comme lors des jeux répétitifs qui se produisent en rééducation psychomotrice (*cf. infra*) – ne laisse aucune place à l'autre en tant que sujet ayant une existence propre. « L'interlocuteur » n'est utilisé que comme une sorte de réceptacle, un « objet vivant » sans réelle altérité.

Il est alors nécessaire de proposer un aménagement technique particulier qui consiste à s'infiltrer dans le récit, en posant comme règle l'alternance des phrases de l'enfant et du thérapeute, de manière à introduire une certaine « inertie » au sens physique du terme, afin de freiner la pensée de l'enfant[5]. En même temps, cette alternance instaure une rythmicité dans la relation avec l'autre. Un tel aménagement ne devient efficace que progressivement. Il s'avère souhaitable de procéder de la sorte pour Bertrand qui, dans un récit comme celui des mouches, ne me laisse aucun moment pour intervenir. Le ralentissement du récit aboutit, au bout de deux mois, à l'histoire qu'il nomme « l'enfant perdu », dont le point de départ est un moment où il entraperçoit des enfants qui résident dans le service d'hospitalisation à temps plein du service.

> Bertrand – Une mère et un père doivent travailler et se demandent comment faire garder leurs enfants. Leur garçon est bizarre, mange avec ses doigts, fait le contraire de ce qu'on lui demande.

5. L'image osée que l'on peut aussi proposer est celle d'un cavalier qui saute sur un cheval emballé pour le ralentir peu à peu et préserver ainsi les occupants de la diligence.

Le thérapeute – Un copain lui dit : « Pourquoi décides-tu de faire ça, toujours le contraire ? »

Bertrand – « Parce que c'est marrant » réplique le garçon

Le thérapeute – Le copain répond : « Moi je ne trouve pas ça marrant, on me crie dessus, et je préfère faire des câlins ».

Bertrand – Le garçon : « Les câlins, c'est pour les fillettes, les coups de poing, c'est pour les garçons ».

Le thérapeute – Le copain : « Moi je suis petit, j'aime bien être sur les genoux, garçon ou fille, je suis encore petit ».

Bertrand – « Le bizarre n'a jamais eu de câlins, même bébé, les câlins c'est pour les filles. Il n'accepterait pas de câlins, même s'il était bébé » dit Bertrand, très ému à ce moment.

Le thérapeute – Le copain : « Tu ne sais pas ce que tu perds, les câlins c'est tout doux ».

Bertrand – L'enfant bizarre s'en va, embêté, va vers une fille et demande « les câlins, c'est pour qui ?

Le thérapeute – Les enfants.

Bertrand – Jusqu'à quel âge ?

Le thérapeute – Même jusqu'à 12 ans et même pour les plus grands.

Bertrand – Il demande à trois filles qui lui donnent la même réponse, si bien qu'il est sûr de l'âge, et il va vers une dame qui lui dit « tu es trop gros pour faire un câlin ».

Le thérapeute – Il y a plusieurs sortes de câlins. Les bébés on les porte dans les bras. Un enfant plus grand, s'il est trop lourd, on peut le mettre sur ses genoux, lui caresser la tête, il peut poser la tête sur l'épaule quand il est un peu fatigué ou parce que ça lui fait plaisir.

Bertrand – Un garçon n'est jamais fatigué. Le garçon se dit « je vais essayer ». Il dit à l'éducatrice (Bertrand montre du doigt la fenêtre du service d'hospitalisation) : « Je voudrais bien un câlin ».

Le thérapeute – Elle s'assoit par terre et lui dit « et bien, assieds-toi à côté de moi, et elle met sa main autour de ses épaules. Le garçon trouve que ça fait chaud et commence à rêvasser.

Bertrand – Sa mère vient le chercher et le couche. Le lendemain, un tremblement de terre se produit qui lui fait perdre sa mère. Il est avec un bébé qui avait reçu des câlins. Tous deux sont bloqués dans un trou par un rocher et ils cherchent un levier pour sortir.

Dans cette séquence, le thérapeute a introduit l'idée des « câlins », contre laquelle Bertrand lutte au début. Il ne veut pas de dépendance mère-enfant et transpose cela en terme de différence des sexes : « les câlins, c'est pour les filles ». Dans la réalité, Bertrand vient d'un

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

orphelinat, institution dans laquelle il est proposé un maternage sans câlin. Progressivement, Bertrand lâche ses fantasmes d'affrontement permanent pour se laisser emporter par le thérapeute en position de transfert fraternel et maternel dans un mouvement de régression et de dépendance. Un tremblement de terre apparaˆt alors immédiatement, dont le sens peut être compris de plusieurs manières. Tout d'abord, on peut imaginer qu'à l'évocation d'un câlin tendre, l'émotion ressentie par cet enfant est telle qu'elle le bouleverse. Comme l'indique R. Roussillon, le câlin tendre est une modalité d'échange « mise à disposition par la nature » qui permet de lier l'excitation, de la calmer, et qui a une fonction (ré)unificatrice du corps, à la différence de la pulsion qui est violente pour le psychisme et le corps. Mais on peut aussi penser que ce qui surgit au moment de la représentation du premier câlin avec la mère, c'est l'angoisse de perdre de manière catastrophique l'objet support, l'objet d'attachement, la mère. Bertrand, dans une tentative de défense narcissique, tente de s'attribuer la cause de cette perte dans les récits suivants, où il décrit comment, après avoir difficilement retrouvé sa mère, il se fait rejeter d'elle à cause d'une succession ininterrompue de bêtises et de provocations.

D'une manière générale, on peut remarquer, dans les récits, l'apparition au bout d'un temps assez long de thèmes concernant la constitution d'un couple. Dans les scénarios, l'enfant s'interroge alors sur la manière dont deux personnes de sexe différent peuvent entrer en contact lorsqu'elles ne sont plus dans une relation de maˆtrise (au cours de laquelle, par exemple, un sorcier donne une potion à une princesse pour obliger cette dernière à lui obéir). Ainsi un chat et une chatte vivent côte à côte dans deux maisons séparées, et plusieurs séances seront nécessaires pour qu'ils commencent à se parler ; chaque fois ils repartent ensuite chacun dans leur maison. Ou un garçon est invité à l'anniversaire d'une fille mais ne sait pas quel cadeau lui apporter.

Dans certaines situations, dans les premières consultations qui visent, entre autres, à évaluer la modalité de prise en charge la plus adaptée, le thérapeute se rend compte qu'il risque d'être dans l'action en permanence pour être en contact avec la vie psychique de l'enfant, ce qui le mettra à la frontière du cadre de la psychothérapie de l'enfant. Pour d'autres enfants, rien ne s'amorce comme organisation fantasmatique utilisable, alors qu'on sent le sujet plein d'une tension qui ne parvient pas à prendre forme. D'autres enfants encore paraissent très mal à l'aise dans la relation duelle. Comme nous l'avons dit, ce

sont ces difficultés qui nous font alors préférer les deux protocoles thérapeutiques suivants : le groupe d'enfants et la thérapie psychomotrice.

## Le groupe d'enfants

### *Le dispositif*

Ce groupe d'enfants[6] est utilisé pour certains enfants qui sont paralysés par la relation duelle. Proposer un groupe est alors une tentative de passer par deux biais. Le premier consiste à utiliser un jeu « semi-corporel », jeu de rôles ou de marionnettes. Le deuxième consiste à mettre l'enfant dans une situation où il pourra « greffer » son psychisme sur les fantasmes des autres enfants, et passer ainsi par un « autre pareil-différent » pour mettre sa problématique interne en mouvement en se sentant moins exposé directement.

Dans un premier temps, les enfants élaborent une histoire dans laquelle un des animateurs s'inclut. Dans un deuxième temps, ils jouent l'histoire. Dans un troisième temps, ils commentent la façon dont le groupe s'est déroulé, en disant éventuellement ce qu'ils ont apprécié ou moins aimé.

Il est étonnant de constater comment, lorsque le hasard des places disponibles aboutit à la constitution d'un groupe de quatre enfants instables, un tel groupe ne devient pas l'enfer que l'on pourrait imaginer : chacun accepte de construire une histoire avec les autres, de se définir un rôle et de s'y tenir, et peut improviser au cours du jeu.

### *Réflexions sur le matériel recueilli*

Il est intéressant de remarquer que le premier temps, celui consacré à l'élaboration de l'histoire en commun, tend à s'allonger au fil des groupes, et que c'est le moment que certains enfants disent préférer, insistant plus sur le processus de création du jeu que sur son contenu. Ainsi, Murielle, huit ans, dit que « le meilleur moment, c'était avant le jeu lui-même, quand on a trouvé des idées et qu'on a parlé ». Ce que souligne alors cette fillette, habituellement très instable et peu loquace, c'est le plaisir éprouvé à ressentir une continuité dans sa pensée, et

6. Animé par C. Massoubre, psychiatre, et M. Naegellen Roy, infirmière psychiatrique.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

elle insiste souvent pour que le même thème soit repris d'un groupe à l'autre avec des variations. On peut se demander s'il ne s'agit pas là de l'amplification d'un processus rencontré chez beaucoup d'enfants qui éprouvent au moins autant de plaisir à préparer un jeu, par exemple à disposer l'étal pour préparer le jeu de la marchande, ou à installer le fort des cow-boys face aux indiens, qu'à jouer ensuite. Mais dans le groupe, ce processus prend une valeur particulière dans la mesure où la pensée est préférée au mouvement.

Au bout de plusieurs mois, il est fréquent que les enfants éprouvent moins le besoin de jouer avec les marionnettes. La parole prend de plus en plus de place par rapport au jeu, mais il ne s'agit pas là de logorrhée : les enfants s'écoutent les uns les autres, ce qui était difficile au début. Chacun associe librement sur la parole de l'autre, en exprimant ce qu'il ressent, en évoquant son histoire, sa famille, en étant à la fois relié à son monde interne et aux autres enfants. De la même manière, il arrive que chacun dessine spontanément dans son coin, concentré mais non isolé, *seul en présence de l'autre,* puis partage le contenu de son dessin avec les autres.

La constitution rapide des scénarios avec l'apparition d'imagos bien différenciées montre que contrairement à ce qu'on pouvait craindre lors des premiers entretiens individuels, ces enfants ont des capacités fantasmatiques bien établies mais qui ne peuvent s'exprimer que dans ce genre de groupe.

On ne peut pas faire d'interprétation individuelle à un enfant quand il se trouve dans un groupe, aussi le matériel doit-il être repris au cours d'entretiens familiaux. L'exemple de Murielle (observation n° 6) a montré comment c'est à partir du matériel groupal que ses parents ont été amenés à se remémorer la succession de nourrices à laquelle elle fut soumise. Il est intéressant de souligner le mouvement de « va-et-vient » qui s'en suivit, puisque cette enfant put utiliser dans le groupe mon interprétation à propos de cette information : lors d'une séance dont le thème tournait autour d'un bébé abandonné par ses parents et recueilli par une louve, elle refusa que la garde du bébé soit confiée en alternance à chacun des enfants du groupe en expliquant à quel point elle avait été perturbée, bébé, par une succession de nourrices, et qu'elle en avait gardé des peurs.

Avec une autre fillette, seul le matériel amené en groupe permit de comprendre qu'elle était soumise à la dépression importante d'une grand-mère, et qu'il existait un secret familial concernant la stérilité

dont elle risquait éventuellement d'être atteinte pour des raisons génétiques.

Lorsque le groupe est solidement constitué, c'est le seul lieu où nous avons entendu les enfants pouvoir exprimer leur souffrance à propos de l'instabilité. Ainsi dans une séance teintée d'analité, un garçon joué par une animatrice est décrit par un enfant du groupe, lors de l'élaboration de l'histoire, comme ayant un sale caractère, il désobéit souvent, est très agité et très énervant. Dans le jeu, la sorcière lui jette un sort pour qu'il soit plus gentil. Mais derrière ces termes surmoïques parentaux, lors de la discussion terminale, dans un moment émouvant, sans plaisanterie, un garçon explique qu'il « en met de partout » lors du petit-déjeuner. Une fille ajoute qu'on la traite de truie à la maison car elle fait beaucoup de catastrophes et qu'elle n'a jamais osé dire cela à ses copines.

Par ailleurs, on retrouve dans le matériel produit en groupe les grands thèmes décrits par les psychanalystes qui ont théorisé la groupalité et les groupes d'enfants (D. Anzieu, R. Kaës, P. Privat et coll., etc.). Il est cependant intéressant de souligner la fréquence des thèmes tournant autour de la différenciation, sous la forme d'une solitude voulue dans un territoire bien déterminé, mais permettant les échanges avec les occupants des autres territoires. La thématique œdipienne est aussi présente, activée par l'arrivée d'un nouvel enfant dans le « groupe-famille » (jeu autour de la séduction homme-femme, évocation du divorce). À une période, en défense contre ces puissants mouvements de différenciation, le groupe se terminait souvent dans une sorte de régression orale fusionnelle, avec le jeu d'un repas gargantuesque pris en commun.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

## La thérapie psychomotrice

### *Le dispositif*

La thérapie psychomotrice[7] est effectuée dans une optique beaucoup plus relationnelle que rééducative. Certes un de ses objectifs est de permettre à l'enfant de mieux prendre conscience de ses « débordements corporels ». Mais le but visé est plus important. D. Flagey (1973) indique que par ce mode de prise en charge, « on peut espérer modifier l'organisation psychique pathologique de l'enfant en utilisant des expériences motrices et perceptives dans une relation thérapeutique où ce plan particulier d'expression paraˆt le seul praticable et fécond », tout en ne laissant pas l'action motrice devenir trop intensément chargée d'agressivité ou de sexualisation, car une très grosse charge pulsionnelle est presque toujours présente.

C'est au cours de telles séances, par l'intermédiaire de jeux et/ou de scénarios joués avec la psychomotricienne, que l'enfant met en scène ses mouvements pulsionnels et affectifs très forts, et qu'il peut les élaborer. La progression consiste souvent à passer d'un premier temps de jeux physiques répétitifs à des scénarios beaucoup plus complexes et porteurs de fantasmes. Ce premier temps peut-être long. Ce qui prime à cette période, suivant l'expression que C. Smadja (1998) utilise à propos des patients adultes ayant des difficultés à fantasmer, c'est le maintien de la continuité relationnelle, l'activité interprétative n'étant pas recevable.

Dans une telle prise en charge, le travail psychothérapique est donc fait par une autre personne que le consultant de formation psychanalytique, lequel reprend avec le (ou la) psychomotricien(ne) l'intégralité du contenu des séances tous les mois pour comprendre ce que l'enfant met en scène entre lui et la psychomotricienne et aider cette dernière à fournir des interactions verbales ou ludiques adéquates. De plus, au cours de ces rencontres mensuelles, il est fréquent que ce soit grâce au matériel apporté par l'enfant en rééducation que des

7. Nous ne sommes pas encore capables de déterminer de quels facteurs intrapsychiques il résulte que certains enfants peuvent bénéficier d'emblée d'une psychothérapie et que d'autres doivent passer par un abord psychomoteur. Sans en être certain, on peut penser que ceux qui ont déjà pu libidinaliser un peu leur pensée peuvent accéder à une thérapie individuelle, alors que les autres ne sont que dans la répétition de sensations corporelles.

éléments importants de la dynamique familiale puissent être compris et travaillés ensuite en entretiens familiaux. De même, le thérapeute apportera les éléments de la dynamique familiale qu'il a perçus et qu'il pense partageables, sans dévoiler certaines parties de l'intimité familiale, afin d'éclairer les mouvements transférentiels de l'enfant sur la psychomotricienne.

La principale limite de la psychomotricité tient dans la difficulté des psychomotriciens(nes) à faire usage de l'interprétation à certains moments où cela semble souhaitable pour un psychothérapeute. Ceci n'empêche pas ce mode de travail d'être très efficace dans de nombreuses situations.

### *Réflexions sur le matériel recueilli*

On peut actuellement souligner les caractéristiques suivantes concernant le mode de contact avec l'objet :

• L'enfant instable, nous l'avons dit, a un besoin irrépressible de mouvements, qui peuvent être exercés éventuellement sur un objet. Mais le plus souvent, l'action se résume à un contact avec l'objet, ou ce dernier est utilisé de manière indifférenciée, sans qu'il soit tenu compte de ses caractéristiques propres : tabouret utilisé pour y entortiller ses pieds, stylo-feutre pour se tapoter la joue, fauteuil servant de ressort pour se procurer des mouvements verticaux de tout le corps, mains posées sur le sol par un enfant assis sur un fauteuil, tripotage d'objets à portée de main, sans qu'on puisse parler de mouvements stéréotypés comme dans l'autisme. Il ne se produit aucune réflexivité tactile ou kinesthésique en ce sens que le sujet ne se sent pas consciemment faire ses gestes.

• Parmi ces mouvements exercés sur l'objet peuvent apparaˆtre des jeux primaires :

– jeu du coucou-caché qui peut se poursuivre de manière interminable sans évoluer ;
– jeu de la tour de cubes, construite par la psychomotricienne, détruite par l'enfant, puis reconstruite et redétruite par l'enfant, et le jeu recommence. Pour R. Roussillon (1985), cette activité permet que s'instaure la ligne de partage du moi et du non-moi, avec comme enjeu l'appropriation : il faut détruire ce que l'autre présente pour être sûr que c'est bien soi-même qui est à l'origine du mouvement, de la construction, et pouvoir ainsi s'approprier ce qui a été proposé ;

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

– ces jeux primaires sont longtemps pauvres et répétitifs et il faut beaucoup de temps pour qu'ils se complexifient et que les séances s'enrichissent.

• Les enfants sont toujours à la recherche de la bonne distance à avoir par rapport aux objets et aux personnes, ce qui se manifeste en particulier lors des jeux nécessitant une anticipation motrice, ou lors de moments de trop grande familiarité.

• Lorsque l'instabilité a lieu en présence d'un adulte, ce dernier n'est pas utilisé de manière identificatoire, et ses qualités ne sont pas intériorisées.

• Des difficultés existent dans la relation spéculaire. Ainsi Marie, huit ans, ne regarde jamais le visage de la psychomotricienne et cache son visage derrière ses cheveux en penchant la tête en avant. Bernard, neuf ans, dont la mère dit : « il est comme moi », tous deux étant aussi anxieux et « sensibles » l'un que l'autre, pleurant à la moindre émotion sans qu'on puisse parler alors de sentiments dépressifs, est incapable de reproduire les mimiques de la psychomotricienne au cours d'un jeu. Il doit d'abord les faire devant un miroir.

S'agit-il, pour l'enfant, d'une impossibilité de s'approprier l'image de son propre visage parce qu'il lui a manqué l'expérience d'un bon miroir maternel, c'est-à-dire un visage que l'enfant peut avoir l'illusion d'animer par ses propres mimiques ? Et/ou sommes-nous dans la problématique du creusement de l'espace, avec ici une difficulté à dépasser les situations matricielles décrites par Sami Ali (1984) : au début, la face est la seule partie du corps que l'enfant ne voit pas (avec le dos, mais ce dernier est perçu au cours des positions d'appui), et le sujet bébé ne se ressent pas comme ayant un visage. Dans un deuxième temps, la figuration du visage apparaˆt, mais comme une donnée du monde extérieur, et la représentation que le sujet peut s'en faire dépend de ce qu'il va lire sur le visage maternel. Le sujet se représente alors comme ayant le visage de sa mère. Dans un troisième temps, vers huit mois, l'enfant constate en présence d'un étranger qu'existent plusieurs sortes de visages différents, les visages familiers et les visages inconnus. Ce n'est qu'à cette période, au cours de laquelle le sujet est confronté à un sentiment d'inquiétante étrangeté, que peut advenir l'assomption jubilatoire du stade du miroir au cours duquel l'enfant élabore le fait qu'il possède un visage qui lui est propre.

• Dans le même registre, la représentation du corps est sommaire et peu fiable. Ainsi Laura, cinq ans, confond avancer et reculer, s'assoit en se jetant en arrière jusqu'au contact brutal du dos avec le dossier ou le mur. La motricité fine nécessite pour elle trop de concentration, le bas de son corps est agité de mouvements parasites. Seule, elle ne peut garder les yeux fermés. C'est elle qui demande : « Dis-moi de fermer les yeux », comme si ses capacités à se contenir dépendaient de la volonté et de la formulation de la psychomotricienne. J. Berges (1985) indique que :

> « C'est chez ces enfants qui présentent une instabilité posturale des plus frappantes qu'on retrouve avec le plus de constance la conservation des attitudes, exactement comme si la position imposée par l'examinateur apparaissait, dès lors qu'elle est prise par l'enfant, comme ce à quoi s'en tenir : en quelque sorte la modification depuis l'extérieur de l'image de soi apparaissant comme la possibilité de ne plus être instable. »

• La question du *holding* est souvent présente sous la forme du désir d'être porté, touché par l'adulte. On peut en rapprocher le fait que certains enfants instables se calment si on les touche ou si on se tient près d'eux, comme s'ils se sentaient tenus par le regard de l'adulte. Au contraire, dès qu'ils sont en grand groupe, c'est-à-dire qu'ils perdent ce « soutien », leur instabilité s'aggrave de manière massive[8]. Il nous semble que l'hypothèse d'une défaillance au niveau des enveloppes corporelles ne suffit pas. La question porte plus sur la sensation d'être tenu que celle d'être contenu. Ainsi après un accident familial où son petit frère, tombé des genoux de sa mère, a été conduit à l'hôpital, Laura, cinq ans, propose un jeu qui va revenir de manière régulière. Il s'agit du jeu de la maman et du bébé. Elle attribue le rôle de la maman à la psychomotricienne et prend celui du bébé. Toutes deux rejouent une fois le drame précédent. Mais surtout, elle demande à être maternée, tenue dans les bras. Lorsqu'elle réclame le portage physique, Laura a un air sérieux et attentif qui ne laisse aucun doute sur l'importance du moment. Elle est alors très calme et même plutôt patiente. Le contraste est grand avec son comportement habituel, extrêmement instable, lors des jeux. Elle propose alors des scénarios au cours desquels elle est grave et abandonne son masque jovial : le bébé passe beaucoup de temps dans son lit, il est peu mobile, ou il ne parle pas.

8. À l'inverse, quelques enfants présentent plutôt une aversion à tout contact physique.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

• Cet ensemble clinique évoque un certain défaut d'ancrage à l'objet primaire, comme si l'enfant n'avait pas de centre de référence. Face à la difficulté qu'il rencontre à « élire » un objet primaire, l'enfant entre en relation avec une multiplicité d'objets. Face à l'impossibilité d'éprouver une rythmicité partagée, organisateur psychique essentiel, vient le jeu répétitif ou anarchique sans créativité.

On peut remarquer que cet objet primaire, les parents, peut être difficile à saisir même pour le thérapeute. Ainsi plusieurs familles d'enfants instables, lorsqu'elles viennent en consultation, ne supportent pas de rester en salle d'attente où pourtant l'attente n'excède jamais quelques minutes ; toute la famille part dans les couloirs du service où l'on trouve l'enfant ou sa fratrie couché par terre, et après une permissivité totale, une réprimande parentale inattendue tombe d'un coup. Nous avons aussi observé, dans notre cohorte de parents d'enfants instables, neuf sorties rapides du traitement de la part de parents qui sont déçus que ne leur soit pas proposée une solution radicale en un ou deux rendez-vous.

• C'est dans le début des prises en charges en thérapie psychomotrice qu'apparaissent le mieux ces modalités de relation à l'objet. Chez beaucoup d'enfants existent les points communs suivants :

– *Ces enfants dirigent beaucoup le psychomotricien*, ont besoin d'être dans la maˆtrise. Face à ce comportement, il est nécessaire d'être malléable, ce qui implique de subir les jeux répétitifs, sinon on se retrouve dans une impasse relationnelle. Si le psychomotricien tente d'élargir ou de modifier les propositions venues de l'enfant, il est alors confronté à un refus et à l'incapacité de l'enfant de trouver un compromis. La peur de l'échec évoquée ci-dessus est une des explications de ce besoin de contrôle. Décider de ce qu'il va faire avec le psychomotricien en restant dans le registre de jeux connus et où il se croit performant, évite à l'enfant de se confronter à la difficulté[9]. Perdre ou ne pas réussir est inacceptable et rejoint la perte de la maˆtrise.
  De même, si lorsque l'on sent l'enfant en difficulté avec sa raquette ou avec son ballon, on s'autorise un conseil qui se veut bienveillant,

9. H. Wallon (1925) soulignait déjà que « L'enfant instable, a tendance à éviter avec certainement un aspect un peu phobique, les situations qui le mettent en difficulté. Il y a ainsi une espèce d'évitement d'une confrontation à sa pensée, à son propre fonctionnement mental et une tendance à l'agir. »

ce conseil est vécu par l'enfant comme insupportable et il n'en tient absolument pas compte : l'adulte saurait et l'enfant serait mis face à un sentiment d'incompétence. Toute suggestion de l'adulte est vite vécue sur un mode de conflit de pouvoir et d'intrusion. L'enfant paraît alors ne plus rien entendre, ou il réagit par un refus ou de l'opposition, ou par un passage à l'acte qui annule soudainement le jeu et par là même la relation, ou par une tentative de reprendre la maîtrise : « Bon d'accord, je fais un dessin mais je le découpe ensuite ». Les paroles du soignant ne peuvent être accueillies, elles sont semblables à une menace. On peut percevoir là toute la vulnérabilité de l'enfant.

– C'est donc l'enfant qui décide de comment animer les séances, et pour cela, *il privilégie les jeux moteurs et compétitifs*. Il s'agit la plupart du temps de jeux de ballon. Que signifie et représente cet objet ? Sa forme ronde, dont il résulte qu'on ne peut pas se cogner à l'un de ses angles, permet qu'on l'utilise avec violence sans blesser ni casser, et offre une malléabilité constamment renouvelée dans le mouvement. Dans ces jeux, le psychomotricien renvoie inlassablement le ballon dans un face-à-face avec l'enfant, ou est mis en devoir de regarder l'enfant dans une mise à distance corporelle. Le jeu démarre sans préalable, sans structure, sans organisation. L'enfant s'occupe de façon pulsionnelle à générer quelque chose de dynamique. Si le thérapeute suggère une organisation de jeu, l'enfant s'essaie à définir quelques règles compliquées à saisir, règles toujours à son avantage et indéfiniment modulables. Chacun s'y perd mais l'enfant ne semble pas dérangé par la confusion.

– *L'autre activité principale des enfants instables, en début de prise en charge, consiste à faire tomber les quilles*. Ce jeu se passe sur le mode de la compétition, et toujours avec la volonté d'afficher les résultats sur le tableau lorsque les enfants savent écrire. L'installation des quilles n'est jamais évidente, l'emplacement pour tirer est mobile, et surtout l'enfant arrive de moins en moins à faire tomber les quilles : l'objet est touché avec précision les premières fois puis cela ne l'intéresse plus. On a alors l'impression que ce qui compte n'est pas tant de faire preuve d'adresse que de lancer d'une manière qui dégénère, comme une insulte.

– *Les dessins sont rares*. L'idée ne vient pas de l'enfant, au contraire, il y oppose un refus catégorique. Toute activité graphique, aussi bien le dessin que l'écriture, semble dénuée d'intérêt. Les seules

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

fois où c'est possible, c'est presque exclusivement sur le tableau avec la plupart du temps le commentaire : « je sais pas faire ». Le dessin est exécuté sans application et les mots pour en parler viennent difficilement. L'enfant s'empresse ensuite de l'effacer, ou si le support est une feuille, elle est souillée ou découpée. Il existe donc une difficulté à produire quelque chose qui reste.

## Une forme de pathologie de la transitionnalité

Un dernier contexte clinique soulève des problèmes thérapeutiques difficiles à résoudre. Il s'agit d'enfants chez lesquels la pathologie de la transitionnalité est au premier plan, au sens où ils n'ont aucune capacité de jouer, comme certains patients adultes dont D. Winnicott dit qu'en psychothérapie, il faut d'abord commencer par leur apprendre à jouer. On trouve toujours des événements perturbants dans la première année de la vie de ces enfants, mais aucun ne paraˆt spécifique.

La symptomatologie qui est au premier plan est une agressivité importante apparue précocement, dès 12-18 mois, l'instabilité ne s'installant parfois que dans un second temps. En séance d'entretiens familiaux ou de psychothérapie, à un moment imprévisible, le regard de ces enfants se charge d'une intention malveillante, et ils attaquent les adultes présents avec une violence difficile à contenir. Leur jeu, si on peut utiliser cette expression, est alors de blesser physiquement ou psychiquement l'autre. Ils refusent de partager toute activité commune, ce qui fait que le thérapeute ne peut pas avoir accès à leur vie psychique.

L'abord psychothérapique, toujours délicat, dépend de l'installation ou non d'un fonctionnement pervers fixé, les possibilités évolutives étant nettement moins bonnes si l'enfant montre un plaisir évident à faire souffrir l'autre, avec des comportements « calculés », souvent narquois, et non plus seulement impulsifs. Ainsi un garçon de cinq ans allait volontairement uriner debout dans sa chambre dans la journée alors qu'il ne présentait pas d'énurésie. Avec ces enfants qui ne veulent entendre aucune parole de la part du thérapeute ni rien faire avec lui, la première étape, déjà difficile à réaliser, consiste à tenter d'établir de minimes moments de plaisir partagé autour d'une activité commune (lecture d'un livre, dessin).

*Chapitre 4*

# Premières hypothèses théoriques

ARRIVÉS à ce point de notre travail clinique, il nous semble possible d'émettre les hypothèses théoriques suivantes concernant ce mode de fonctionnement psychique et corporel particulier qu'est l'instabilité. Pour cela, nous avons dû, dans un premier temps, nous centrer davantage sur les processus de pensée que sur les contenus fantasmatiques.

## LES RELATIONS ENTRE PENSÉE ET MOUVEMENT

Selon une ligne « idéale », suivant les principes décrits par Freud, « Au début était l'action », puis la pensée devient un analogon de l'action, en ce sens qu'elle permet de penser l'action et son résultat au lieu de l'effectuer dans la réalité, ce qui est plus économique. Mais comme nous allons le constater, ces deux lignées, celles de l'acte et celle de la pensée, ne se succèdent ou ne se séparent pas forcément. La

métapsychologie du mouvement nous paraˆt donc être incomplète, et avoir théorisé pour le moment essentiellement le registre de l'emprise.

Une observation banale de soi-même et des autres montre qu'il existe de nombreuses manières de lier la pensée au mouvement et que chacun est concerné par cette question. Ainsi dans une réunion d'équipe, certaines personnes réfléchissent en bougeant très peu, d'autres réfléchissent en bougeant beaucoup : gribouillages, dessins, manipulation d'un stylo[1]. D'autres ne peuvent penser qu'en parlant, c'est-à-dire en déroulant leur pensée devant elles.

Einstein disait que sa pensée était d'origine visuelle et musculaire, et qu'il pensait en partie avec ses muscles. Certains enfants ont besoin d'un geste pour tenter d'inscrire une pensée dans leur psychisme. Ainsi une fillette de huit ans récite les jours de la semaine en sautant à la corde, et à chaque passage de la corde sous ses pieds, elle chante « lundi », « mardi », etc. Ou encore un autre enfant âgé de treize ans, qui présente un trouble d'évocation, est incapable de retenir l'orthographe de mots simples et même de son propre nom, aussi essaie-t-il de lier le mot à un mouvement verbal sur lequel il tente de « fixer » le mot. Ainsi il essaie de le mémoriser en le fredonnant, ou en le criant, ou en le coupant à un endroit précis, ou en le prononçant à toute vitesse.

L'écriture elle-même est la projection d'un mouvement corporel, le style étant la marque musculaire et respiratoire de l'écrivain. À l'émission « Apostrophe » de Bernard Pivot, on a pu assister à un affrontement entre les tenants du point-virgule qui indique une respiration et un arrêt de lecture plus marqués qu'une virgule mais moins nets qu'un point, et ceux qui sont opposés à cette nuance. Certains individus disposent la phrase dans leur esprit avant de la coucher sur le papier, d'autres jettent une ébauche écrite puis la raturent à de nombreuses reprises, avec le besoin de travailler physiquement la matière.

Le mouvement peut aussi être appréhendé par son négatif, l'attente, qui entrave l'action. Là encore, les comportements sont variés, certains impliquent immédiatement la motricité, comme les mouvements d'impatience ou sous une forme équivalente, la lecture « compulsive » (d'étiquetages par exemple dans une file d'attente dans un supermarché).

1. Certaines personnes peuvent penser en faisant deux choses à la fois.

Les enfants instables nous amènent vers d'autres processus. Certains bougent tellement qu'il ne leur est pas possible de penser en même temps, la question étant de savoir si ce mouvement est lié à une incapacité de mettre certains affects en représentation, nous précisons bien « une incapacité de » ce qui n'est pas strictement équivalent à une défense contre ces représentations. Le problème est alors que le mouvement est souvent d'une telle ampleur qu'il est impossible pour le thérapeute de penser en même temps. Ainsi un enfant de douze ans fait bouger de manière incessante avec son pied la table située à côté de lui. Je lui explique calmement que je n'arrive pas à penser quand les objets remuent trop, et il s'arrête, mais une minute après, il recommence, sans intention maligne. Je lui fais remarquer gentiment que je constate que c'est plus fort que lui, et j'éloigne la table hors de portée de son pied. Il se met alors à tripoter son visage de manière impressionnante, et à faire courir ses doigts par terre. On comprend mieux pourquoi les dispositifs que nous avons évoqués précédemment doivent souvent inclure du mouvement. Sinon ils ne sont pas utilisables par l'enfant. Même quand le thérapeute écrit sous la dictée de l'enfant, il accepte d'être une partie de l'enfant qui bouge et qui inscrit en même temps, ce que ce dernier a beaucoup de difficulté à réaliser. Le dispositif thérapeutique doit donc intégrer une quantité d'excitation, ou plutôt une certaine quantité d'énergie non liée. Sinon la pensée de l'enfant ne peut pas s'organiser.

Il est intéressant de souligner dès maintenant un point sur lequel nous reviendrons : face à certains enfants instables, le thérapeute a le sentiment contre-transférentiel particulier que quelque chose « n'a pas pris », au sens de la précipitation d'une première matrice à l'intérieur du psychisme. Il existe chez ces enfants un besoin irrépressible de mouvements, qui peuvent être exercés éventuellement sur un objet, mais il n'y a alors que le contact avec l'objet sans qu'il soit utilisé pour autre chose que pour une activité très primaire. Et si on « immobilise » l'enfant en lui demandant d'écouter ce qu'on lui dit ou de moins bouger, il arrête alors son hyperkinésie, mais il n'est plus là psychiquement, ce qui le rend « insaisissable », avec un vécu de liquéfaction au sens où rien ne prend forme (R. Roussillon).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

## UN DÉFAUT DANS LA RELATION À L'OBJET PRIMAIRE

Une constatation s'impose : dans l'histoire de nombreux enfants instables existe un défaut dans la relation à l'objet primaire. Plusieurs éléments permettent d'avancer l'idée d'une inadéquation parents-enfant à la période préverbale :

– la fréquence des troubles repérés sous diverses formes dans les interactions précoces, tant dans notre recherche que dans celle impulsée par l'International Psycho-Analytic Association ;
– la prédominance de l'agir sur la mise en mots du ressenti ;
– le passage fréquent des prises en charge thérapeutiques (*cf. infra*) par deux temps, un premier temps où l'enfant s'exprime de manière gestuelle et corporelle, un deuxième où il s'exprime verbalement ;
– l'apparition fréquente de la thématique du *holding*, sous forme de portage par les bras ou le regard ;
– le besoin d'avoir l'autre sous sa maˆtrise, de manière assez « brute » et peu verbalisée ;
– dans la vie quotidienne, l'apparition de vécus d'angoisse ou de détresse, sous la forme de « sentiments » de lâchage avec parfois des mouvements de panique et d'un vécu d'effondrement[2].

Aussi nous semble-t-il que l'instabilité n'est pas une défense maniaque contre la dépression mais plus un état de mouvement. Plus précisément, l'instabilité est à la fois une défense et un état : une défense au sens où c'est le moyen le plus primitif que peut utiliser un bébé en détresse face à un vécu d'angoisse très archa¨que ; un état car, comme le souligne A. Ferrant, peut-on déjà parler, à cette période, de la « présence » d'un sujet capable d'élaborer une défense ? D'une certaine manière on peut simplement dire que l'enfant se met en « état d'agitation ».

Dans un premier temps de cette recherche, nous avons repéré quatre processus qui nous ont aidé à comprendre la nature de ce défaut dans la relation à l'objet primaire : les conséquences d'un *holding*

2. Les moments de dépression très précoces accompagnés de signes d'irritabilité observés avant la marche par H. Massie, N. Szajnberg et S. Brody nous semblent correspondre plus à un vécu de malaise diffus lié à l'inadéquation du holding parental qu'à la mentalisation de la perte d'un objet interne ou externe.

défectueux, la mise en place de processus autocalmants, un échec dans la constitution de l'espace imaginaire et de la rythmicité, la présence « flottante » d'un objet menaçant. Ces processus peuvent être intriqués entre eux, ou au contraire relativement isolés. Puis, dans un deuxième temps, nous avons recentré l'ensemble de ces constatations théorico-cliniques autour du concept d'incapacité d'être seul en présence d'un autre.

## Un *holding* défectueux

Si la pathologie liée aux contenus psychiques, les fantasmes, et aux contenants, les enveloppes psychiques, est maintenant bien connue, il nous semble que la pathologie liée à un *holding* défectueux, avec ses conséquences motrices, est encore incomplètement décrite.

Par le terme de *holding*[3], « maintien », D. Winnicott (1960) désigne la manière dont on porte physiquement l'enfant dans les premiers mois de sa vie, mais aussi toute l'adaptation très précoce de l'environnement à ses besoins physiques et psychiques jusqu'au moment où il devient moins dépendant, capable d'émerger de l'état de fusion avec sa mère et de la considérer comme extérieure à lui. Grâce à la bonne qualité du *holding* maternel, le nourrisson passe normalement d'un état de non-intégration à un état d'intégration dans lequel il peut ressentir une unité entre ses pensées, ses mouvements pulsionnels, et son corps. Auparavant, chaque expérience sensori-motrice était vécue chacune pour son propre compte. Ce n'est donc que secondairement qu'elles sont reliées les unes aux autres dans leur succession et leur signification (R. Cahn, 1972). Sami Ali (1986) parle aussi, à propos de ce processus, de fonctions en voie de constitution[4].

### *Un échec à vivre l'indispensable expérience d'omnipotence*

Dans un article de 1962, le premier à proposer une théorisation psychanalytique concernant l'origine de l'instabilité psychomotrice, D. Winnicott, indique que pendant cette période des premiers mois,

3. Seule la lecture de l'article « La théorie de la relation parent-nourrisson » (1960) permet de comprendre la complexité de cette période.

4. P. Marty et M. Fain (1954) indiquent que d'une manière générale, l'identification sensori-motrice primaire à l'objet constitue la base de l'intériorisation sur laquelle s'édifie une partie importante de l'activité psychique.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

le nourrisson, lorsque sa mère se comporte de manière très adaptée, éprouve une expérience d'omnipotence que l'on nomme aussi période du narcissisme primaire : l'enfant ne constate pas simplement que l'objet est là mais peut penser que l'objet est là pour lui. « Il me sourit parce que je lui souris, et suis assez bon pour me créer un monde souriant[5]. »

D. Winnicott décrit les conséquences de l'échec de cette expérience, lorsque le tout petit ne parvient pas à entrer en relation avec des « objets subjectifs » qu'il peut avoir le sentiment d'avoir créés : lorsqu'une mère ou l'environnement de l'enfant en général ne parvient pas à remplir sa fonction suffisamment bien, le bébé se sent en permanence au bord d'une angoisse inimaginable telle que se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation. « Toute carence dans les expériences qui permettent de passer par les processus d'omnipotence et de continuité de l'existence peuvent être à l'origine d'agitation, d'hyperkinésie, et d'inattention appelée plus tard inaptitude à se concentrer. » Elles peuvent entraîner une défense paradoxale, la désintégration, production active du chaos pour se protéger contre la non-intégration en l'absence d'un soutien maternel. L'intérêt de cette défense est qu'elle est produite par l'enfant et lui évite donc de dépendre de l'environnement. D. Winnicott ne précise pas s'il considère l'hyperkinésie et l'inattention comme une des formes que peuvent prendre ces défenses paradoxales[6].

On peut rapprocher cette théorisation des observations d'A. Ciccone (1995) qui souligne que lorsqu'un bébé ne trouve pas de réponse adéquate dans son monde environnant, ou lorsqu'il ne peut pas profiter

5. R. Roussillon (1995) souligne que cette étape, trouver-créer un bon monde environnant et un visage maternel adapté, est la première forme de la transitionnalité, et elle est indispensable pour la suite du développement psychique, en particulier parce qu'elle permet l'accès à l'expérience de destructivité, puis l'accès à la différence fantasme-réalité. À propos des ratés survenant à cette période, on peut aussi évoquer ici W. Bion (1962), cité par J. Durivage et H. Rousseau (1992) : « La fusion apaisante avec l'objet d'identification primaire ne sera jamais acquise à cause du manque de confiance que l'enfant ressent vis-à-vis de sa mère. »

6. E. Bick (1968) émet une hypothèse proche, selon laquelle les enfants confrontés à une insuffisance de la fonction maternelle en viennent à trop compter sur l'environnement concret et inanimé, les objets-choses, en tentant de s'y agripper éventuellement par une hyperactivité, de manière à sentir rassemblées les parties de leur personnalité lors de ce contact, et à sortir d'un état de non-intégration.

des qualités du monde environnant, il utilise deux façons principales de se soustraire *in situ* à l'angoisse : s'immobiliser ou se mettre en mouvement perpétuel. L'immobilisation est une façon radicale de suspendre l'existence avec un vécu proche de « je ne suis pas là, donc je ne peux rien éprouver ». La mise en mouvement perpétuel s'observe par exemple quand on déshabille un bébé de quelques semaines et qu'il se met à agiter alternativement ses jambes dès qu'il est tout nu. Il est possible que par ce mouvement perpétuel, le bébé se protège d'un vécu corporel de dispersion déclenché par le fait d'être nu. On est proche ici de la remarque d'O. Fenichel (1953) lorsqu'il indique que les sensations primitives sont caractérisées par leur contiguïté aux réactions motrices.

L'hypothèse d'un *holding* défectueux peut correspondre à la manière dont les enfants instables lâchent leurs pensées ou les objets, comme s'ils n'avaient pas pu intérioriser la fonction porteuse, maintenante, des soins maternels. Elle peut aussi expliquer le refus de dépendance dans le transfert, comme si dépendre, c'était prendre le risque d'être lâché. Mieux vaut donc maîtriser en permanence la relation. Elle permet aussi de comprendre pourquoi on retrouve chez certains enfants hyperkinétiques un besoin important d'être porté par la psychomotricienne en thérapie psychomotrice (*cf.* observations n° 10 et 11). Cette problématique du bébé insuffisamment tenu ou porté est différente de la problématique de l'enveloppe, tout en pouvant lui être associée.

Diverses formes cliniques pourraient alors être distinguées dans cette défaillance de l'expérience d'omnipotence :

- *Dans les situations de dépression maternelle*, R. Roussillon émet l'hypothèse que pour certains enfants, l'instabilité serait en relation avec une dépression maternelle qui s'exprime corporellement sous la forme de fatigue, de peu de tonicité, de pauvreté gestuelle mimo-posturale entraînant un désaccordage des relations mère-enfant. On pourrait alors penser que l'instabilité est un trouble de l'animisme primaire infantile[7]. Comme nous l'avons dit, nous ne pensons pas ici à un bébé qui voudrait prendre un rôle anti-dépressif en s'agitant

7. Ceci est différent de l'animisme secondaire, période du développement normal de l'enfant qui apparaît plus tard, entre deux et quatre ans. Il s'agit d'une projection de craintes et de désirs sur les objets : le sujet prête une intention ou un pouvoir à un objet, à un animal, à une plante, ou à des éléments naturels, pouvoir qui peut protéger

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

pour sortir sa mère de la dépression, ce qui renverrait à un fantasme de nourrisson savant. Nous évoquons plutôt un enfant qui échoue à animer une mère déprimée, au sens de ne pas pouvoir éprouver l'illusion toute-puissante d'avoir créé une mère bien adaptée[8].
Il faudrait distinguer ici les situations où l'enfant a connu une bonne période avec l'objet suivi d'un lâchage, de celles où l'objet a toujours été « non maintenant », et de celles où l'objet était alternativement maintenant et lâchant de manière imprévisible.

- *Dans les situations d'interactions précoces* très incohérentes, à l'imprévisibilité de l'objet s'ajoutait sa « sauvagerie », entraînant un niveau d'angoisse élevé, la mise en place de processus complexes de défense rapidement fixés, et une identification précoce à un objet agresseur.
- *Dans les situations de forçage*, le sujet ne peut jamais avoir l'illusion de créer un objet adéquat, car ce dernier impose son rythme et son mode de présence et d'interaction.

Ces trois formes de défaillance de l'expérience d'omnipotence peuvent être à l'origine d'un sentiment de culpabilité chez l'enfant sous la forme suivante : c'est parce qu'il est fondamentalement mauvais que le sujet est incapable de se créer un environnement adéquat.

### *Trois processus défectueux*

Lorsque le bébé ressent un vécu de perte de continuité de l'existence, D. Winnicott indique que trois processus se déroulent alors de manière défectueuse, l'intégration dans le temps et dans l'espace, la personnalisation, et l'établissement de la relation à l'objet.

- *L'intégration dans le temps et dans l'espace* est effectivement souvent perturbée chez les enfants instables.

---

le sujet ou au contraire viser à le punir de sentiments agressifs. La persistance de ce fonctionnement est à l'origine des sentiments de superstition chez l'adulte.

8. On peut se poser ici la question de comprendre pourquoi de nombreux enfants poussent à bout leur mère lorsqu'ils ont subi une dépression maternelle précoce. Est-ce pour tenter de rencontrer un objet ferme ? Est-ce parce qu'ils ne sont pas certains de ce qu'il y a « au bout » comme investissement parental (A. Ciccone) ? Est-ce en réponse à un fantasme maternel d'« infanticide » (« Je pourrais émerger de ma dépression s'il n'y avait pas toi en plus »). La cause de ces attaques nous semble très complexe.

- *La personnalisation* concerne l'union psyché-soma incluant l'intégration des pulsions du ça et des plaisirs instinctuels dans la vie psychique. Chez de nombreux enfants instables, la totalité des potentialités pulsionnelles n'est pas intégrée et on peut émettre l'hypothèse que le sujet tente de lier musculairement ce que la psyché ne peut pas lier en pensée, processus qui est différent de la simple décharge pulsionnelle motrice (R. Roussillon).
- *L'instauration de la relation d'objet* ne peut s'établir que si la mère-environnement offre un objet et un mouvement qui satisfait le besoin de telle façon que le petit enfant ait le sentiment de créer cet objet. On peut alors penser qu'une partie du fonctionnement psychique de certains enfants instables, confrontée à l'impossibilité d'instaurer une relation d'objet, fonctionne dans le registre des signifiants formels décrits par D. Anzieu (1987). Ces signifiants formels sont des représentations des contenants psychiques, et ils permettent la mise en mémoire d'impressions, de sensations, d'épreuves trop intenses pour être mises en mots (G. Rosolato, 1985).

  Une de leurs caractéristiques est que la mise en mots se limite à un sujet grammatical et à un verbe, sans complément, comme si l'objet ne pouvait pas être atteint, ce qui dans l'instabilité psychomotrice prend la forme de « je prends », « je lâche », « je tords », « je me tords », « je tortille », ou même « tortille ». Une autre caractéristique des signifiants formels est qu'ils sont monotones, répétitifs, identiques chez un patient donné, ce qui évoque la manière dont certains jeux fréquemment réalisés par les enfants instables (coucou-caché, quilles, etc.) sont sans fin et ne se complexifient que très peu au fil des séances de psychothérapie ou de thérapie psychomotrice. Le passage de ce premier temps de la prise en charge à la capacité de verbaliser correspond au passage de la problématique du *holding* à celle des contenus, au passage des signifiants formels aux signifiants langagiers et fantasmatiques.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

## Les procédés autocalmants

Les travaux de G. Szwec (1993, 1995, 1998) abordent sous un autre angle la question de la relation à l'objet primaire[9]. Ils nous semblent, entre autres, pouvoir être utilisés particulièrement pour les situations du groupe 4, les enfants dont les mères sont instables ou « nerveuses ».

Cet auteur émet l'hypothèse que certains comportements moteurs ont pour but de ramener le calme à travers la recherche répétitrice de l'excitation. C'est entre autres le cas de sujets qu'il nomme les « galériens volontaires », sportifs qui s'imposent un entraînement intensif avec des mouvements toujours identiques, ou des sujets qui répètent des heures durant des exercices de musique sans y introduire de nuances (C. Smadja, 1993). G. Szwec rapproche de ce fonctionnement celui de deux enfants instables. Dans la première situation, un enfant de deux ans et demi présente une hyperactivité motrice et il est continuellement en mouvement pendant la consultation. Il suce une tétine que les parents lui ont systématiquement donnée à chaque fois qu'il commençait à sucer son pouce. Ils avaient la conviction que le suçotement du pouce provoquerait des déformations du palais, ce qui les avait conduits à l'interdire très précocement. On constate encore que l'enfant ne va sur les genoux de sa mère que lorsqu'il est totalement épuisé. La mère lui parle peu et la relation qu'elle préfère avoir avec lui, c'est marcher. L'enfant recherche le calme par l'épuisement dû à l'activité motrice et exige une relation centrée sur cette activité, ce qui correspond d'ailleurs aux préférences imprimées par la mère. Le néo-besoin créé de cette façon chez l'enfant se fait au détriment de la constitution d'un auto-érotisme, au détriment de la capacité de s'endormir en « hallucinant » une relation mère-enfant apaisante.

Dans le deuxième exemple, un bébé de treize mois en avance au niveau de son développement moteur présente une hyperactivité motrice, et ne se calme ni sur les genoux de sa mère ni sur ceux de son père. La mère, peu tendre, ne le prend pas dans les bras, alors

9. Ce n'est que peu de temps avant la publication de cet ouvrage que nous avons eu connaissance de ces travaux. Nous avons été frappés par la convergence de certains de nos dispositifs thérapeutiques et de certaines de nos conclusions théoriques, par exemple lorsque G. Szwec propose à un enfant d'écrire des textes libres qu'il note sous sa dictée, ou lorsqu'il indique que « les processus autocalmants sont une nécessité qui est imposée par la détresse et non par l'angoisse objectale ».

qu'il montre des signes de fatigue. À la maison, ses parents le calment avec de la musique. Ils utilisent une profusion de boˆtes ou objets à musique en tout genre, et ils ont toujours un tel objet avec eux. Ils sont venus avec une radio pour enfant, et calment leur bébé en la lui mettant très fort dans les oreilles. Le reste de l'entretien confirme que la relation avec la mère n'est pas calmante, et que seule l'excitation semble pouvoir calmer cet enfant. Cet exemple montre peut-être ce que pourrait être la préforme d'une future utilisation toxicomaniaque de la musique (*cf.* aussi le cas de B., G. Parpillat, 1996).

G. Szwec indique qu'un enfant met en place un procédé autocalmant lorsqu'il est confronté à l'échec de la fonction maternelle à atténuer son angoisse, à percevoir son état de détresse et son besoin d'être apaisé. Le registre perceptif et moteur joue alors chez l'enfant un rôle de substitut à l'activité de liaison des représentations, absente de l'appareil psychique. Et par exemple dans les situations d'origine traumatique précise, c'est un signe de progrès lorsque l'excitation traumatique trouve des premières liaisons à un niveau mental sous la forme d'un recours aux images sadiques (*cf.* observation n° 12, l'apparition de scénarios violents chez Jérôme après des mois de jeux moteurs répétitifs en psychomotricité).

G. Szwec souligne que tous les processus auto-érotiques ne sont pas des procédés autocalmants. Les auto-érotismes normaux sont la continuation des soins maternels, la reprise par le sujet des plaisirs qu'il a éprouvés en présence de la mère, et permettent l'établissement d'un sentiment de continuité malgré la discontinuité des soins maternels dans leur présence et leur absence. L'auto-érotisme compulsif est calmant parce qu'il procure une décharge mais pas une satisfaction, car comme l'indique A. Green (cité par C. Smadja, 1993), si la pulsion a une histoire, un projet, et vise son apaisement par la rencontre avec un objet externe adéquat, l'excitation n'a ni histoire, ni projet, ni mémoire, elle part du corps et va au corps. Il s'agit alors d'une décharge d'excitation et pas d'une une réduction des qualités d'excitabilité des éléments psychiques.

Ces apports théoriques éclairent de manière très intéressante certains aspects de l'instabilité. Les exemples cités permettent de constater *in situ*, c'est-à-dire chez des enfants très jeunes, l'identification précoce du premier enfant au style perceptivo-moteur de la mère, le « marcher », et chez le second, le processus de retournement : le bruit (la musique forte) calme. Le sujet, dans un processus de défense

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

paradoxal, allume-t-il un contre-feu, en suscitant une excitation externe qui fait pièce à l'excitation interne (L. Danon-Boileau) ? Ou le bruit empêche-t-il le surgissement de l'angoisse, au sens de l'*Hilflozigkeit*, l'angoisse de n'être relié à personne, parce que le silence ne mettrait pas l'enfant en position de retrouver de bons objets internes, mais face à un vide objectal, la mère qui ne le prend pas dans les bras ? G. Szwec émet même l'hypothèse que dans certains cas, les conduites motrices semblent directement au service du désengagement psychique de la relation, l'enfant tentant par là de se passer psychiquement des représentations maternelles et de s'écarter physiquement de sa mère.

En même temps, ces travaux appellent les remarques suivantes. Il n'est pas certain que l'activité répétitive très synchronisée du galérien volontaire et l'anarchie des mouvements de l'enfant instable soient de la même nature. Par ailleurs, il nous paraît difficile de généraliser ce qui est observé dans les deux situations cliniques où deux enfants recherchent le calme par l'épuisement dû à l'activité motrice : beaucoup d'enfants instables ne sont en fait que dans une excitation inépuisable, comme le montre l'observation n° 10 pour laquelle parler de fonction de « décharge » n'est pas forcément évident.

## Un échec dans la constitution de l'espace imaginaire et de la rythmicité

Nous avons déjà souligné les vicissitudes du creusement de l'espace à propos des difficultés que présentent certains enfants instables dans la relation spéculaire au niveau du visage. Pour d'autres, leurs rares dessins montrent une représentation de l'espace en termes bidimensionnels, ou de contiguïté, ou d'inclusion réciproque, le grand pouvant contenir le petit et inversement (Sami Ali, 1974)[10].

Cette difficulté du sujet à se représenter comme ayant un corps propre peut entraîner une impossibilité de transformer le corps en espace de représentation, et empêcher la projection normale de l'image du corps sur le monde extérieur. C'est alors le développement de l'imaginaire et de l'activité de rêverie qui est entravé, aboutissant à ce que Sami Ali (1980) nomme une pathologie de l'adaptation : toute

10. Pour une description résumée des travaux de Sami Ali, nous renvoyons le lecteur à la présentation que nous en faisons dans *Les Troubles du développement cognitif* (M. Berger, 1996, p.85-87) ou à deux interviews donnés par cet auteur (1986, 1992).

activité de rêve est refoulée, et la perception remplace la projection. La chose et le mot restent strictement équivalents, le familier n'est jamais mêlé d'étrangeté. Sami Ali souligne l'importance, comme facteur causal, des perturbations précoces de la relation mère-enfant, sous la forme de carences éducatives graves, ou d'une dépression maternelle qui met l'enfant face à une relation « non relationnelle », situation d'impasse, sans issue.

**Observation n° 9. Bernard**

Ainsi, la mère de Bernard, enfant instable âgé de neuf ans, dépressive et en permanence au bord des larmes pendant chaque entretien, nous explique-t-elle que son fils a couru dès qu'il a su marcher, qu'il est incapable de jouer, et qu'il ne dessine jamais. Les rapports de son corps aux objets sont marqués par une maladresse importante. Lorsque dans un jeu, la psychomotricienne lui propose d'exprimer divers sentiments, colère, joie, tristesse, par des mimiques, comme elle le fait elle-même, il est obligé de se regarder dans un miroir pour vérifier si sa mimique est en adéquation avec le sentiment. Il ne peut donc pas « s'animer » de l'intérieur.

Chez cet enfant très angoissé par toute situation inconnue, coexistent deux modes de relation au monde. Bernard est certes hyperadapté, en ce sens qu'à la différence de beaucoup d'autres enfants instables, ses résultats scolaires sont excellents. Mais la psychomotricienne est cependant soucieuse quant à son devenir. En effet, ses bons résultats s'accompagnent d'un perfectionnisme et d'une soumission excessive à la norme sociale qui l'amènent à arriver tous les matins à l'école avec au moins dix minutes d'avance, la nécessité de se sentir conforme à un ordre social extérieur à lui déterminant son rythme interne. De plus, ses capacités imaginaires sont inexistantes, ce qui est à l'origine d'une impossibilité de fantasmer. Il s'ennuie en permanence chez lui car il n'a aucune capacité de jouer. Lorsqu'il lui est demandé en séance de représenter, d'inventer un jeu avec un bâton, il ne peut rien créer, car il ne peut pas s'imaginer en faire un autre objet, faire « comme si ». Pour lui, un objet rond reste rond et ne peut rester que cet objet rond, inanimable. Incapable de modifier son regard sur la réalité, il se demande, intrigué, ce que la psychomotricienne veut de lui. Même ses rêves sont littéraux : il rêve à ce qu'il a vu à la télévision, sans affect concomitant. On peut donc se demander avec inquiétude comment il répondra aux attentes des enseignants lorsqu'il lui sera demandé de faire appel à sa créativité et à son imaginaire au cours de ses études secondaires.

Au désespoir de la psychomotricienne, il ne se livre qu'à des jeux répétitifs, sans construction de scénario. Ce n'est qu'au bout d'un an de prise en charge, lorsque sera introduite la proposition d'effectuer un récit en commun, qu'il amènera un scénario très chargé affectivement bien qu'il

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

manifeste peu d'émotion en le construisant : un enfant et son frère sont abandonnés par leurs parents qu'ils ne reverront plus jusqu'à leur mort. D'autres scénarios suivront, de tonalité « onirique », dans lesquels un enfant perd le couple de ses parents ou ce couple perd l'enfant. L'apparition de ce matériel amènera à proposer une psychothérapie à Bernard. On constate comment, dans ce cas, on peut davantage parler de refoulement de l'imaginaire que d'absence de capacité fantasmatique.

Dans la même ligne de pensée, J. M. Gauthier (1999) souligne qu'il est intéressant de ne pas rester centré seulement sur la motricité de l'enfant instable, mais de se questionner aussi sur la manière dont la rythmicité se constitue chez un sujet. Pour cet auteur, travailler sur le corps relationnel, c'est travailler sur le corps réel dans sa relation à la mère. L'enfant, depuis qu'il est bébé, se constitue la représentation qu'il a de lui-même en étant sous le regard de l'autre, et en même temps en miroir par rapport à l'autre. C'est le même espace qui unit et sépare, qui permet que se constitue et l'identité, au sens de se sentir d'abord identique à un autre, et l'altérité.

Affronter l'angoisse du huitième mois face à l'étranger, qui est une angoisse de différenciation, nécessite qu'un minimum de sens de l'identité soit constitué, lequel est lié, entre autres, au développement d'un sentiment de continuité corporelle suffisant. Et ce sentiment de continuité ne peut se construire qu'en lien avec la discontinuité : c'est le mouvement, la rythmicité, qui indiquent les repères stables, ce qui est continu au-delà du discontinu. La « stabilité rythmique » de notre fonctionnement corporel constitue donc un des socles de notre identité, ce qui renvoie à la rythmicité des soins organisée par la mère.

C'est aussi dans ce processus que l'enfant peut être mis en situation d'impasse, une « partie » de soi pouvant rester collée à l'autre de telle sorte que l'étranger, l'altérité, deviennent trop angoissants. C'est ce conflit que l'enfant reproduit dans le transfert en particulier en thérapie psychomotrice, au cours de laquelle, comme le montre l'observation de Marie (n° 10), l'enfant « donne » un corps à la psychomotricienne en lui imposant la même anarchie rythmique que la sienne, de la même manière que l'autre, la mère, lui a « donné » sa rythmicité anarchique autrefois.

On peut rapprocher de ces concepts l'effet de contamination que l'on observe parfois : certains enfants ne sont instables, et cela de manière importante, qu'en présence de leur mère, elle-même agitée

et logorrhéique, comme si la rythmicité propre du sujet était abolie et remplacée par la « rythmicité » anarchique et trop rapide de l'autre.

## La présence « flottante » de l'ennemi

G. Berger souligne la fréquence avec laquelle surgit la figure de l'ennemi dans le comportement et les scénarios des enfants instables. Magali (observation n° 5), par exemple, se précipitait dans les bras de son père ou de sa mère en me tournant le dos et en se cramponnant à eux dès qu'elle me voyait, comme si j'incarnais pour elle un danger mortel[11]. Les récits dictés par Bertrand (observation n° 8) ne sont, pendant des mois, qu'une succession de combats entre bandes ennemies. Lorsque Jérôme (observation n° 12) dit à la psychomotricienne dès la première séance de bilan : « Mon père avait tué ma mère », on a le sentiment qu'il ne parle pas seulement de son histoire, mais qu'il énonce ainsi une formulation générale concernant sa représentation des relations entre les humains, qu'il matérialisera à un moment par la construction de deux châteaux dont les occupants s'attaquent. Ou encore dans les récits construits ensemble, il est très fréquent qu'à la phrase introductive « Il était une fois un enfant qui se promenait », succède immédiatement de la part des enfants instables l'idée qu'un loup surgit, alors qu'une multitude d'autres scénarios sont envisageables. Et le jeu de quilles lui-même est peut-être la manière dont l'enfant cherche à se représenter ce danger « flottant » qu'il faut abattre.

Le statut de cet ennemi est particulier. Il ne s'agit pas totalement d'un fantasme, il ne s'agit pas non plus d'une construction délirante dans laquelle le sujet se sent persécuté. Nous sommes en présence d'une formation psychique limite entre fantasmes et réalité. Est-ce une forme persistante de la peur de l'étranger qui appara^t autour du huitième mois ? Ou la trace laissée par la façon dont l'enfant a pu ressentir précocement qu'il représentait un ennemi pour sa mère, dépressive, ou inattentive, ou très indépendante ? Ce danger invisible

11. On est tenté d'évoquer ici le réflexe archa¨que et philogénétique de cramponnement de l'enfant décrit par I. Hermann face aux ennemis primitifs, prédateurs aux « yeux luisants ». L'instabilité est-elle, dans certains cas, liée à l'échec de l'expérience de cramponnement ? N. Abraham (1987) a décrit les prolongements libidinaux de ce réflexe : désir de l'enfant de rester cramponné à sa mère, l'acte sexuel comme modalité de cramponnement, etc.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

est-il à l'origine du besoin de bouger en permanence pour ne pas être touché ? L'extrait suivant de la psychanalyse d'un adulte, ancien enfant instable, montre comment un lien existe entre le besoin de mouvement et la crainte de dangers d'origine interne et externe.

À une période où il aborda les représentations qu'il avait de son fonctionnement corporel, cet homme formulait ainsi ce que serait, à ce moment, le modèle idéal d'interprétation pour lui : une interprétation par très petites touches, subtiles, car il se sentait comme un poisson dans l'échancrure d'un rocher, vif comme l'éclair et n'ayant jamais de contact avec les rochers proches de lui[12]. Il avait à l'esprit le sentiment d'une violence très forte pouvant surgir à tout moment, illustrée par un rêve dans lequel il voyait de sa fenêtre un dangereux fauve hypermusclé au pelage lisse. Cet homme, sans être belliqueux, se sentait rassuré par le fait que sa force physique et son agilité lui permettaient de faire face dans l'existence à un éventuel agresseur. L'ennemi était à la fois d'origine interne et externe. L'attaque d'origine externe correspondait à des éléments historiques, le collage et les sautes d'humeur maternelles, et le forçage tyrannique paternel. L'attaque d'origine interne était liée à une agressivité importante en partie projetée sur l'extérieur, mais était aussi en relation avec des fantasmes effrayants de parents combinés, unis pour détruire l'enfant, de fécondation incestueuse orale, etc. Entre ce qui attaquait sa peau de l'extérieur et ce qui « rongeait » ce sujet de l'intérieur, seuls les muscles pouvaient jouer un rôle protecteur sur leurs deux faces, internes et externes, ainsi que la mise en mouvement vive.

## Une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre

L'hypothèse suivante donne une certaine unité aux divers processus décrits ci-dessus : l'instabilité psychomotrice pourrait correspondre à une difficulté particulière à être seul en présence de l'autre, idée que nous empruntons, ainsi que ses développements, à R. Roussillon.

12. *Cf.* l'expression « vif-argent » qui désigne à la fois une personne très vive et le mercure (*cf. infra*).

## La capacité d'être seul en présence de l'autre

Ainsi que nous l'avons indiqué auparavant à propos du narcissisme primaire, au début de sa vie psychique, l'enfant ne considère pas l'autre comme un objet distinct de lui. Sa pensée, totalement « subjective », est alors caractérisée par le sentiment d'être à l'origine de l'objet : « il me sourit parce que je lui souris, je me suis créé une mère souriante ». Ce n'est qu'à l'issue d'une évolution complexe que l'autre peut être représenté comme un objet bien différent de soi.

Une étape de ce cheminement, nommée par D. Winnicott en 1958 « la capacité d'être seul en présence de l'autre » (la mère ou l'environnement maternel), se déroule environ à partir du cinquième mois. À cette période, si tout se passe bien, le bébé fait l'expérience d'être dans son monde de rêveries personnelles, sans pour autant perdre la présence de sa mère qui demeure disponible, à portée de voix ou de regard, et qui interviendra s'il fait appel à elle. L'autre ne « profite » donc pas du moment où l'enfant ne pense pas à lui pour s'absenter ou pour changer. Cette expérience fondamentale au cours de laquelle le nourrisson découvre sa vie personnelle et commence à acquérir la capacité de fantasmer, ne peut donc avoir lieu que si elle s'accompagne d'une existence-présence ininterrompue de l'objet et que si le sujet n'est pas en réaction contre une immixtion de l'objet.

## L'immobilisation de l'objet menaçant

Les processus thérapeutiques montrent que les enfants instables ont besoin d'immobiliser le thérapeute. Ceci est particulièrement net au cours des séances de psychomotricité pendant lesquelles l'enfant impose une maˆtrise physique, les propositions de l'adulte étant toutes refusées ou désignées comme une intrusion ou même parfois comme une persécution. Seules les indications de l'enfant doivent être prises en compte. Ceci se retrouve aussi dans l'utilisation que certains enfants font du récit dicté au cours duquel ils transfèrent l'instabilité sur un mode verbal et mettent le thérapeute en position d'auditeur paralysé. Dans les deux situations, l'objet, le thérapeute, ne peut manifester aucune existence propre et ne se sent pas exister comme

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

autre[13]. Comment comprendre ce besoin d'immobiliser l'objet ? On peut émettre l'hypothèse que l'enfant ressent une incapacité d'être seul en présence de l'autre, au sens où il ne tolère pas la présence d'un objet même discret, parce que la présence de l'objet est pour lui potentiellement traumatique. En effet, il ressent l'objet comme tyrannique, menaçant, non maˆtrisable, soit parce qu'il est intrusif, soit parce qu'il risque de lâcher le sujet, de s'absenter. Ceci explique probablement en partie l'omniprésence de l'ennemi dans les récits des enfants instables.

Cette hypothèse permettrait de comprendre la présence très fréquente d'un sentiment d'angoisse important chez ces enfants, particulièrement sous les deux formes suivantes[14]. Tout d'abord, certains enfants ressentent une incertitude inquiétante concernant la différence entre animé et inanimé, au sens où même les objets matériels peuvent devenir menaçants. Ainsi un enfant de huit ans fait de manière répétitive des cauchemars dans lesquels la pendule située dans un couloir chez sa grand-mère se met à parler. Un autre enfant rêve qu'une momie bouge et devient dangereuse. D'une manière générale, on peut remarquer que dans ces récits, la dangerosité de l'objet est signifiée par le fait qu'il se met en mouvement. Ensuite, l'enfant instable est souvent angoissé par la crainte de perdre le lien avec un être aimé, ou de perdre cette personne qui pourrait mourir. Ces deux formes, angoisse d'être menacé par l'objet ou de le perdre, se traduisent souvent par une angoisse d'être seul. Comme l'indique J. M. Gauthier (1987), il ne s'agit pas d'une angoisse psychotique.

Pour se soustraire à cette menace, l'enfant tente de construire un dispositif en deux temps. Dans un premier temps, il fait en sorte que l'autre ne soit pas là comme sujet, et le meilleur moyen pour cela consiste à l'immobiliser. Le deuxième temps, de « retournement », consiste à faire subir à l'autre la tyrannie que l'objet lui a fait vivre auparavant : l'enfant devient le tyran de l'objet immobilisé. Le thérapeute doit donc d'abord se laisser immobiliser avant de pouvoir travailler sur le mode de relation que l'enfant instaure avec lui.

---

13. On peut remarquer que c'est aussi ce que le thérapeute ressent face à certains parents eux-mêmes instables.

14. F. Joly (1996) signale aussi dans son expérience la fréquence et l'intensité du sentiment d'angoisse chez l'enfant instable.

## La mise de l'objet à l'extérieur de soi

L'incapacité d'être seul en présence de l'objet a une autre origine : l'enfant est envahi par l'objet, il ressent son corps comme plein d'un objet incontrôlable. Dans le registre de l'archa¨que qui est celui des premiers mois de la vie, le bébé ressent les relations en miroir qui ont alors pour lui une importance particulière, comme s'il y avait une peau pour deux, un corps pour deux. Pour les enfants instables, ce processus peut persister sans qu'une différenciation ait pu s'installer. Et lorsqu'un enfant instable de six ans demande à la psychomotricienne « dis-moi de fermer les yeux », c'est comme si le vécu qu'il a de son propre corps était inséparable de la rencontre avec l'objet, et comme si son corps devenait l'objet.

Une des premières tâches que ces enfants ont à accomplir est donc de mettre à l'extérieur les traces laissées en eux par la rencontre traumatique avec l'autre, et pour cela, de les évacuer de leur corps et de les projeter sur le thérapeute. Dans ce but, l'enfant se livre à diverses tentatives qui, toutes, ne réussissent que partiellement. La principale d'entre elles. C'est l'agitation motrice.

En effet, le mouvement réalise un tourbillon qui met l'autre à l'extérieur de soi. Il s'agit là d'un fonctionnement paradoxal particulièrement complexe : le sujet se constitue une enveloppe, mais il s'agit d'une enveloppe d'excitation, car il la construit à partir de ce dont il dispose, un objet intrusif et trop excitant auquel il n'a pas d'autre choix que de s'identifier (F. Brette, R. Roussillon, 1987). Même si elle a les caractéristiques de l'objet, cette enveloppe empêche l'autre d'être en contact avec lui. Dans ce processus, lorsqu'un enfant se meut comme s'il était sur des ressorts, il tente ainsi d'être en contact avec lui-même et de ressentir son corps dans un mouvement où l'autre ne peut pas être comme lui. Ceci ne signifie pas que l'enfant parvienne à « bien » se sentir à ce moment : cette tentative d'être en contact avec lui-même ne se fait qu'au prix d'une coupure avec une partie de sa vie psychique, il éprouve un certain ressenti, mais pas d'affect lié à une représentation (L. Danon-Boileau, 1999). À un certain niveau, l'enfant se sent alors être un sujet, mais pas avec toute la subjectivité qui serait possible.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

## Le corps, objet malléable et insaisissable

La même problématique se retrouve en ce qui concerne la malléabilité. R. Roussillon (1991) a décrit la nécessité pour un enfant de rencontrer un environnement ou des objets suffisamment malléables, qui se laissent transformer. C'est une condition nécessaire pour qu'il puisse modifier progressivement les relations de symétrie et d'inclusion réciproque qui lient son corps à celui d'autrui, exercer sa pulsion d'emprise sur les objets et les êtres, et réaliser ainsi l'effet de ses gestes. C'est, entre autres, à partir de cette activité de transformation que se constitue la capacité de symbolisation. R. Roussillon précise qu'il existe en gros deux sortes d'objets malléables : les objets malléables comme l'eau, qui sont « infidèles » en ce sens qu'ils ne gardent pas la forme elle-même sauf s'ils ont un contenant ; et les objets malléables fidèles, comme la pâte à modeler, qui gardent la forme qu'on leur a donnée. Avec le corps de l'enfant instable, nous nous trouvons devant une troisième sorte d'objet malléable, entre pâte à modeler et fluide, un objet se liquéfiant à certains moments, insaisissable. L'image la plus adaptée est celle du mercure, dont on peut rappeler qu'il se nomme aussi vif argent, et qui se fragmente en une multitude de petites boules molles dès qu'on essaie de s'en emparer.

Comment comprendre cette malléabilité extrême du corps de l'enfant instable qui se défait et se refait ? On a le sentiment que l'enfant tente d'être lui-même l'objet suffisamment malléable dont il avait besoin et qu'il n'a pas rencontré lorsqu'il était petit. Au lieu d'accéder à un niveau de symbolisation supérieur à partir d'une expérience corporelle et psychique de malléabilité avec l'environnement et avec les objets, il ne peut que devenir lui-même trop fluide. Il faut ajouter à cela que d'une manière générale, dans la relation en écho qui caractérise l'archa¨que, chaque fois qu'un sujet est confronté à un objet insaisissable, il ne parvient pas à prendre forme en écho et se « décorporéise ».

## L'agitation comme défense contre le débordement pulsionnel

L'ensemble de cette problématique ne peut pas être comprise sans évoquer aussi la question de l'agitation « interne » du sujet instable. Lorsqu'un enfant est débordé par ses mouvements pulsionnels, sa ressource habituelle consiste à se tourner vers un objet extérieur

apaisant. Mais l'enfant instable a le plus souvent rencontré, lorsqu'il était bébé, un objet extérieur soit excité/excitant, soit angoissant par sa dépression ou son absence, ce qui ne faisait qu'augmenter la désorganisation pulsionnelle du sujet. L'agitation externe a alors une fonction pare-excitante, non seulement par rapport au corps de l'autre, mais aussi par rapport à l'excitation interne, au sens du contre-feu évoqué à propos des processus auto-calmants.

## L'utilisation de l'objet comme miroir visuel

Le temps qui succède à l'immobilisation par la maˆtrise, au cours des thérapies, est souvent constitué par l'apparition de jeux de face-à-face. L'enfant propose « Je dessine, tu dessines », il vient parfois s'installer, près de la psychomotricienne ou à côté du psychothérapeute pour lire l'histoire en cours de rédaction. Lorsque l'enfant se met à accepter de pratiquer des jeux en miroir et y trouve du plaisir, il cherche à voir en la psychomotricienne une image unifiée de lui. L'autre devient le miroir narcissique de l'enfant. On passe ici du senti au vu, le corps de l'autre est un corps vu qui aide à unifier son propre corps. Mais pour parvenir à ce processus, il a été nécessaire que dans un premier temps, le corps de l'autre ait été un objet sous contrôle de l'enfant. C'est seulement grâce à cette immobilisation que l'enfant a pu d'abord se désaliéner de la rythmicité de l'autre et de sa familiarité trop empreinte de collage, ce qui a permis au corps de l'autre de devenir enfin autre. L'enfant peut alors unifier sa mosa¨que interne par rapport au corps de l'autre utilisé comme miroir.

Cette capacité de jeu en face à face visuel prépare et la capacité d'élaborer un récit à deux en face à face, et la capacité de rêver, au sens où l'enfant peut mettre ce qu'il ressent en formations visuelles puis en mots. Au cours du récit à deux, l'ensemble du processus évolutif qui consiste à immobiliser l'autre, à lui faire vivre ce que le sujet a vécu, puis à se servir de lui comme d'un miroir, va éventuellement se rejouer à « un tour de spire supplémentaire », c'est-à-dire à un niveau de symbolisation plus élaboré. Et il n'est parfois pas facile de savoir à quel niveau de symbolisation se situe un enfant au moment des premières consultations, et donc quel cadre lui convient le mieux, psychomotricité ou psychothérapie, pour qu'il puisse s'approprier calmement son corps et se construire un espace de rêverie.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

On mesure à quel niveau de complexité théorique nous amène le problème de l'instabilité chez l'enfant.

## INSTABILITÉ ET PULSIONS SEXUELLES

Comment les fantasmes originaires portant sur l'origine de la vie, l'origine de la différence des sexes, et l'origine de la sexualité, s'articulent-ils avec l'instabilité psychomotrice ? Ceci est facile à relier lorsqu'il existe une passion, une séduction entre parents et enfant. Les pulsions sexuelles ne peuvent pas trouver d'apaisement dans les processus de refoulement, de sublimation et de déplacements normaux, et l'excitation qui les accompagne se traduit par le symptôme de l'instabilité.

Dans les situations où l'instabilité prédomine de manière presque exclusive avec peu de capacité fantasmatique chez l'enfant au départ, les processus thérapeutiques montrent que souvent après une première période de jeux moteurs, des thèmes portant sur les couples et la procréation apparaissent. Il est probable que les failles dans la constitution des processus primaires introduisent des distorsions dans la manière dont l'enfant peut penser la sexualité, distorsions différentes selon qu'il a eu à faire à des parents incohérents, ou abandonnants, ou dépressifs, ou forçants, ou sans pathologie particulière. La charge pulsionnelle sexuelle qui ne parvient pas à trouver de représentation apaisante, par exemple sous la forme d'un scénario œdipien souple, vient alors « surcharger » l'instabilité, mais il existe en même temps une certaine indépendance entre les deux registres.

Enfin on peut se demander, spécifiquement lorsque l'enfant instable est une fille et que sa mère la tient à une certaine distance physiquement ou émotionnellement, si cette mère est « froide » ou si elle protège son enfant de mouvements homosexuels inconscients qu'elle ressent à son égard. Il s'agirait de la part du parent d'une sexualisation de la relation moins « visible » que la « sollicitation virile » dont un garçon peut être l'objet. Une telle hypothèse ne peut pas être confirmée par la clinique de la mère, mais seulement par celle de l'enfant, à partir du matériel qu'il apporte. La demande de certains enfants d'être portés lors des prises en charge en psychomotricité aurait alors un autre sens (vivre un contact tranquille avec la psychomotricienne alors que la

mère avait des conduites d'évitement corporel, ou au contraire, vivre ce contact comme un collage sexualisé ?).

*Chapitre 5*

# Trois exemples de processus thérapeutique

NOUS allons illustrer nos hypothèses et nos constatations par la description résumée de trois prises en charge réalisées par des psychomotriciennes. Nous avons privilégié la description de cette modalité thérapeutique car elle nous semble être celle qui est la moins souvent détaillée dans les travaux publiés sur l'instabilité. La première concerne le début d'une prise en charge avec la mise en place de jeux moteurs. Les deux suivantes montrent l'accession progressive de deux enfants instables à une capacité fantasmatique. L'un d'eux pourra débuter ensuite une psychothérapie, ce qui s'était révélé impossible auparavant, bien que souhaitable. L'autre allait suffisamment bien à la fin de cette prise en charge pour s'en tenir là.

## OBSERVATION N° 10. MARIE H[1]

Marie, 8 ans, présente une très grande instabilité. Sa mère a été élevée par son père à partir de l'âge de trois ans, après que ses parents se sont séparés. Mme H. n'a revu sa mère qu'à dix-huit ans pour des raisons inconnues de nous. Les relations entre elles, tendues au départ, s'améliorent à l'occasion de la naissance de Marie. Mais cette grand-mère décède lorsque Marie a deux ans et neuf mois. Mme H. est très atteinte par ce décès, se déprime, et sa fille présente alors d'importants troubles du sommeil et de l'alimentation qui cèdent lorsqu'au bout de plusieurs mois, Mme H. peut parler de ce décès à sa fille. Aujourd'hui encore, cette mère est émue aux larmes lorsqu'elle évoque ce décès.

Mme H. s'est séparée de son mari peu après la naissance de Marie. À propos de la période couvrant la première année après cette naissance, Mme H. ne peut que dire qu'elle était elle-même « nerveuse ». Marie voit son père régulièrement.

Mme H. est angoissée, jamais sûre d'elle, rapidement irritée et abattue par les problèmes de sa fille et, on le devine étant donnée son histoire, sensible aux séparations. Elle déclare ne pas avoir envie que sa fille grandisse car elle a encore besoin de la protéger des moqueries des autres enfants. À l'école, Marie est en échec scolaire, a tendance à s'isoler et ne noue pas de relation avec d'autres enfants.

### La prise en charge en psychomotricité

Pendant tout l'entretien que la psychomotricienne a avec sa mère avant le bilan, Marie se révèle très instable. Elle parasite les échanges des adultes par un mouvement corporel et langagier incessant. Elle ira jusqu'à « coller » son visage et son corps tout entier contre la psychomotricienne, faisant écran pour l'interlocuteur d'en face. Sa mère réagira avec beaucoup d'énervement et d'irritation, tentant de mettre des limites, mais en vain. Elle exprime par ailleurs ses craintes quant à Marie : « J'ai peur qu'il lui arrive quelque chose », « Elle n'a aucune conscience du danger ». « Elle peut suivre n'importe qui »,

1. La prise en charge de cet enfant a été effectuée par M. Ramelli, psychomotricienne et P. Pasteur, psychologue consultant.

ou « Je ne peux pas la lâcher des yeux ». Cette mère était elle-même instable lorsqu'elle était enfant.

Lorsque Marie se retrouve seule avec la psychomotricienne, elle change radicalement de comportement, se montre plus calme, attentive à son discours, à l'écoute des consignes du bilan, cherchant à bien faire sous son regard. Quand elle est en difficulté face à une consigne, son attitude est de persévérer : elle n'adopte aucune stratégie, ne demande aucune aide.

Dès qu'on la sollicite dans sa motricité, Marie révèle une désorganisation corporelle importante avec peu de maˆtrise de l'axe vertébral et donc de la tenue de tête. Par conséquent, elle est dans un mouvement dirigé vers l'avant, à la limite de la chute, donc dans un déséquilibre constant. Elle présente aussi des difficultés de repérage dans l'espace et dans le temps.

Lors de la prise en charge hebdomadaire, les séances se ressemblent, avec une répétition inlassable de leur contenu.

Marie est toujours habitée par une grande dispersion motrice, elle passe d'une activité à une autre sans jamais pouvoir se fixer au-delà de cinq minutes. Ses jeux préférentiels restent des jeux instrumentaux du type balle, ballon, cerceau. La psychomotricienne et elles jouent donc de manière répétitive au football, ou plus exactement « à tirer des buts chacune dans ses cages ». Il n'y a pour ainsi dire aucune règle de jeu si ce n'est mettre un but. Introduire une, voire deux consignes supplémentaires submerge Marie qui aussitôt déborde du cadre : elle ne reste plus dans la limite de ses cages, ne respecte plus l'alternance des tirs. En même temps, elle présente une peur massive de l'échec. Si elle échoue dans ses tentatives de but, aussitôt elle se dérobe pour une autre activité. La psychomotricienne a le sentiment d'essayer désespérément de la rejoindre, mais dès qu'elle pense avoir une prise, au sens d'un moment de relation autre que sur le mode de l'agitation motrice, un moment de plaisir partagé, à nouveau Marie est repartie pour un ailleurs. La thérapeute est animée de sentiments d'échec, de découragement, d'impuissance, doute même de la pertinence de cette indication tant Marie la met à mal et dans sa fonction et dans son être.

Parallèlement à ces jeux instrumentaux, Marie peut aussi proposer des activités de contenu plus fantasmatique en apparence, comme jouer au papa et à la maman : « tu es le papa, moi la maman ». Elle confine la psychomotricienne dans un coin de la pièce pendant qu'elle va faire « les courses ». Il faut ainsi la regarder, elle est installée sur

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

un trotteur beaucoup trop petit pour elle, se démenant de ci de là, dans une agitation impressionnante. « Allez, maintenant c'est toi qui prends la voiture et vas faire les courses », somme-t-elle. Et voilà au volant du trotteur la thérapeute qui sent tout à coup le ridicule, le grotesque de la situation. « Je n'en peux plus, je m'arrête, je n'y comprends rien, je ne sais plus qui est qui et qui fait quoi », dit-elle, refusant de poursuivre. Marie observe, étonnée, cet agacement, se détourne pour aller choisir un livre qu'elle tend, c'est le rituel de fin de séance : la thérapeute lui raconte une histoire.

Marie affectionne une petite maison de bois sur roulettes et demande systématiquement à aller la chercher dans le placard qui jouxte la salle. Elle se place à l'intérieur et la psychomotricienne doit ainsi l'emmener depuis ce placard jusqu'à la salle ; de même en fin de séance. Initialement, les jeux avec cette maison inauguraient les séances : jeu de cache-cache, jeu du loup ou du fantôme. À l'occasion de ces jeux, Marie faisait preuve d'une vie fantasmatique très pauvre, et son intérêt ne semblait pas résider dans l'évocation d'une histoire, mais davantage dans les mouvements d'entrée et de sortie (dans-hors de la maison, voire de la salle de psychomotricité). Au bout de quatre mois, Marie investit beaucoup moins cette maison. Néanmoins elle doit être là, dans la salle, avec toujours ce rituel consistant à s'installer à l'intérieur en début et fin de séance : maison qui intervient là comme une seconde peau ? espace qui la protège, la contient ? ou mise en scène du thème de la séparation et des retrouvailles ?

Par ailleurs, pendant plusieurs séances, Marie manifesta un vif plaisir à être portée. Elle demanda alors des jeux du genre être assise à califourchon sur le dos de l'adulte ou être promenée dans la petite maison ou serrée dans les bras comme si l'expérience tactile pouvait lui conférer une sensation d'unité corporelle. À l'occasion de ces moments de plaisir partagé, elle demande clairement : « Porte-moi comme un bébé ». Elle questionne aussi la psychomotricienne à propos des autres enfants avec lesquels elle travaille : « Est-ce que tu les portes jusqu'à leur maman ? » « Oui, pour certains enfants », répond la thérapeute. Marie dit alors : « Je porterai mon bébé à moi et je l'emmènerai ici », montrant le rôle d'étayage maternel corporel et psychique qu'elle confie à la psychothérapeute pour prendre en charge le bébé qui est en elle.

Au bout de quelques mois de traitement, la psychomotricienne s'oppose à être maˆtrisée en permanence, et décide que c'est elle qui

va proposer des jeux. Il s'agit là d'un temps essentiel, mais pourquoi à ce moment ? La psychomotricienne avait déjà tenté de modifier ainsi le cadre quelques semaines auparavant, mais sans succès, et elle avait senti alors que sa proposition était prématurée. Ce qu'elle ressent cette fois à un niveau contre-transférentiel, c'est un vécu d'impasse. Elle ne peut plus continuer ainsi, c'est pour elle une question de survie thérapeutique. Mais il semble qu'il ait été nécessaire que l'enfant lui ait fait vivre jusqu'au bout ce sentiment d'impasse dans lequel il est lui-même, pour que la proposition de changement soit faite par la psychomotricienne avec une conviction vitale qui emporte celle de l'enfant. Marie est un peu surprise mais soulagée, car elle ne sait plus où elle va lorsqu'elle « maˆtrise » la relation. La psychomotricienne, par son changement d'attitude, lui signifie : » Je n'ai pas envie de me laisser emporter n'importe où ».

Depuis, le changement est spectaculaire, les séances ont lieu dans un calme surprenant, et Marie saute beaucoup moins comme un ressort. La psychomotricienne propose un parcours dans la salle, et Marie lui en propose un autre, qui est un cercle de coussins, fermé, dont il faut faire le tour par l'extérieur, métaphore d'un cadre. La succession du matériel au cours des nouvelles séances est alors la suivante : en contraste avec son habituel besoin de mouvement, Marie décide de peindre un tableau en faisant d'abord le cadre, et elle dispose à l'intérieur les lettres de son prénom. L'ébauche d'un cadre interne apparaˆt, étayé sur le fonctionnement psychique de la thérapeute. À la séance suivante, elle dessine pour la première fois, installée en miroir par rapport à la psychomotricienne, un dessin très élaboré par rapport à ceux, sommaires, qu'elle faisait auparavant, et qui représente une maison et des arbres.

La fois suivante, la psychomotricienne choisit de manière inconsciente un livre dans lequel un enfant réapprend à parler et à marcher à son grand-père qui a fait un accident vasculaire cérébral, à partir des jeux que ce grand-père faisait auparavant avec son petit-fils. Marie est alors émue aux larmes, et parle de la mort de sa grand-mère et d'autres membres de sa famille. On mesure à ce moment à quel point elle est envahie par les émotions de sa mère, mais ce décès que la psychomotricienne connaissait déjà ne peut apparaˆtre comme un événement relié à un affect que lorsque l'intégration du temps s'ébauche.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

À la séance suivante, elle veut jouer à la maman, au papa, et au bébé, jeu qu'elle avait déjà proposé auparavant et pendant lequel tout changeait sans arrêt si bien qu'il était impossible d'y comprendre quoi que ce soit. Cette fois, le jeu s'organise dans une chronologie cohérente. La famille se lève, l'enfant prend son petit-déjeuner, va à l'école, revient à midi, la petite sœur fait sa sieste pendant que l'enfant retourne à l'école, puis revient, puis va se promener dans un parc. Puis la psychomotricienne doit faire semblant de s'endormir, mais au réveil, la petite sœur dit à sa mère que Marie est à l'hôpital avec un plâtre. Marie explique alors qu'en réalité, lorsqu'elle était âgée de trois ans, elle a lâché la main de sa mère et a été renversée par une voiture alors qu'elle traversait impulsivement la route. La jambe fracturée, elle a été mise en traction à l'hôpital, c'est-à-dire contrainte à l'immobilité, puis plâtrée pendant deux mois. À la séance suivante, elle rejoue la même scène, en demandant à la psychomotricienne de jouer la mère qui doit venir la chercher à l'hôpital. Elle est très à l'écoute de tout ce que dit la mère qui questionne sur la gravité de l'état de sa fille. À la fin de la séance, elle annonce à sa mère qu'elle a joué « comme quand elle était dans le plâtre ». Cette dernière est très étonnée car elle ne pensait pas que sa fille pourrait se souvenir de cette période.

L'évocation de la mort de la grand-mère, de l'accident, permettent de constater que Marie commence à se remémorer le passé, ou plus exactement à pouvoir le fantasmer et l'ordonner dans sa dimension temporelle. Ceci n'a pu se produire qu'après que la thérapeute a pu se placer dans son propre cadre, son propre corps, et qu'elle a pu se positionner pour récupérer une capacité de pensée (J.M. Gauthier) en rompant la confusion dans laquelle l'enfant l'entraînait après avoir accepté de la vivre. Imposer ce cadre plus tôt n'aurait probablement été ressenti par l'enfant que comme un acte surmoïque.

À cette période, Marie a toujours les cheveux qui tombent devant elle car elle marche la tête penchée en avant, et même lorsqu'elle dessine, la psychomotricienne ne voit pas son visage. Ceci empêche tout échange visuel et invite, au cours du travail familial, à s'interroger sur les échanges précoces au niveau du regard que la mère avait avec sa fille.

## OBSERVATION N° 11. AMÉLIE T[2]

Amélie, dix ans, adoptée à l'âge de quatre ans, présente une instabilité psychomotrice importante qui la gêne considérablement pour apprendre et qui nécessite la prise de Ritaline pour éviter un désastre scolaire. Lorsqu'elle a été adoptée, le bilan dans son pays d'origine indiquait que sa mère l'avait abandonnée à un an et l'avait confiée à une femme qui lui avait fait subir des mauvais traitements physiques pendant un an et demi. Amélie fut alors admise, à deux ans et demi, dans un foyer où des lésions contondantes et une malnutrition chronique légère furent diagnostiqués, ainsi qu'une hyperkinésie. À quatre ans, elle présentait un retard de développement psychomoteur d'environ six mois et un retard de langage dans sa langue maternelle, l'espagnol.

À son arrivée en France, Amélie présente différents troubles du comportement : écholalie, gloutonnerie, bris systématique de ses jouets et éparpillement de leurs morceaux dans la maison. Elle tente aussi de se faire prendre dans les bras par tous les hommes et femmes d'aspect sympathique qu'elle rencontre : cette absence d'angoisse devant l'étranger est-elle due à une impossibilité de construire un attachement précoce avec un adulte fiable, ou est-elle une recherche aveugle de ses parents biologiques indéfinissables et non reconnaissables ? Plus tard, elle refuse d'effectuer le moindre travail scolaire. Ces difficultés sont traitées progressivement par des entretiens familiaux et des entretiens individuels, au cours desquels les dessins qu'elle réalise sont assez pauvres au niveau du contenu fantasmatique.

Mais l'instabilité persiste, et il est alors proposé une prise en charge de type psychomotricité, choix motivé aussi par le fait qu'Amélie a des difficultés de coordination motrice et de repérage dans le temps et dans l'espace. Ce traitement durera sept mois, la psychomotricienne devant quitter la région pour des raisons imprévisibles au départ.

### La prise en charge en psychomotricité

La psychomotricienne propose à Amélie des séances en deux temps, un premier temps consacré à l'aider à mieux écouter son corps

2. La prise en charge de cet enfant a été réalisée par E. Maussier, psychomotricienne et M. Berger, psychiatre.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

grâce à l'utilisation d'une méthode de relaxation, et le deuxième temps consacré à un jeu de rôle. Amélie a beaucoup de difficulté à réaliser le premier temps. Elle s'y plie plus qu'elle ne l'investit, et à certaines séances, elle ne parvient pas à se relaxer, étant sans cesse hypervigilante et ne pouvant pas verbaliser ce qu'elle ressent. Elle montre là une importante résistance à entrer en contact avec ses sensations. À l'opposé, elle aime beaucoup le jeu de rôle, fait preuve d'imagination, et peut mimer des émotions, même si elle joue souvent de manière précipitée au double sens du terme : elle joue très vite, et apporte beaucoup d'éléments. Alors qu'au bilan, elle a montré des difficultés à intégrer les repères temporels, dans le jeu de rôle, elle est capable de décrire une chronologie précise. La psychomotricienne tente de ralentir le rythme lorsqu'elle mime les scènes avec elle.

Au cours des premières séances apparaissent des scénarios dans lesquels des enfants sont insatisfaisants : ils oublient tout, ne sont pas sages, s'endorment à l'école, se font gronder par leurs parents. Puis les thèmes se complexifient : une mère et sa petite fille ne parviennent jamais à être ensemble, à partager un moment. Par exemple, la mère entend sa fille bouger la nuit et ne vient pas la voir. Ce jeu se répète à de nombreuses reprises sous la forme suivante : toutes deux sont à l'hôtel, la mère va chercher sa fille pour prendre le petit-déjeuner, mais la fille n'est pas là et la réceptionniste indique à la mère qu'elle l'a vue passer. Qui abandonne : la mère ou la fille ? Qui ne se préoccupe pas de l'autre ? Quelle trace chacune laisse-t-elle dans le psychisme de l'autre et garde-t-elle de l'autre ? Suite à ce jeu, Amélie va moins vers tous les adultes, à la différence de ce qu'elle faisait auparavant. L'imago maternelle est maintenant investie par elle comme l'objet précis de son questionnement.

Dans les séances suivantes, elle parvient mieux à se relaxer un quart d'heure en début de séance, et l'image mentale qui lui vient alors à l'esprit est celle d'être un arbre transparent que personne ne voit. Les scénarios se complexifient progressivement.

Au bout de quatre mois de prise en charge, la psychomotricienne annonce à Amélie son départ dans deux mois, imprévu. Amélie propose alors un jeu dans lequel elle explique à une camarade qu'une mère n'est pas toujours gentille. La psychomotricienne lui dit qu'elle est sans doute en colère à cause de l'annonce de son départ. Et peut-être pense-t-elle que c'est parce qu'elle est méchante que la psychomotricienne part, comme elle a pu penser plus petite que c'était

à cause d'elle que sa mère était partie. Après ces paroles, Amélie est beaucoup plus à l'aise et change de jeu : mère et enfant partent ensemble, et au moment où la mère devient plus douce, elle perd son enfant dans un bateau. Le bébé pleure car il n'y a plus de lait dans son biberon. À ce moment, Amélie se laisse aller comme un bébé, allongée sur le dos, appuyée sur la psychomotricienne, et crie comme un tout petit. Cette séquence représente ce qui se déroulait dans le processus thérapeutique : au moment où Amélie pouvait commencer à jouer un enfant allant chercher des câlins auprès d'une mère plus douce, la psychomotricienne part.

Puis survient une séparation brutale : un bus part avec la mère sans que la fille ait le temps d'y monter. Le bus s'arrête brusquement et la mère tombe du bus. La suite se déroule dans un climat impressionnant. Mère et fille sont sans connaissance, la mère, qui se relève la première, ne reconnaˆt pas la fille pendant un moment, et la fille ne reconnaˆt pas non plus sa mère qu'elle voit comme un monstre. La mère appelle un docteur pour soigner sa fille inanimée, laquelle se met à se rouler par terre et dans une crise, assomme le docteur qui venait de diagnostiquer une maladie après un choc. Amélie demande à rejouer cette scène au ralenti, mais au moment de la « crise », elle crie : « ce n'est pas toi, ma mère, c'est elle », désignant un rouleau en mousse.

Cette séance très riche pourrait être commentée longuement. À l'occasion de l'annonce du départ de la psychomotricienne, on voit apparaˆtre des affects sous une forme qui est à la limite de l'hallucination. Amélie revit l'abandon primaire dans lequel une mère absente est équivalente à un monstre ; le manque et la détresse (le biberon vide) ; la brusquerie qui la rend impuissante, sans maˆtrise sur l'autre ; la transformation brutale de la mère, ce qui évoque le changement brutal de l'adulte qui s'occupait d'elle lorsque sa mère l'a confiée à une autre femme qui elle-même pouvait se transformer et devenir violente de manière imprévisible ; la perte de la représentation de l'autre lorsque mère et fille ne se reconnaissent plus ; la perte du contrat narcissique par là même, mère et fille devenant étrangères l'une à l'autre ; le rejet de la mère par l'enfant qui a trouvé un substitut, le rouleau en mousse qui évoque le nom de la psychomotricienne, Maussier, mais qui n'est quand même qu'un objet ; l'attaque du soignant qui en même temps soigne et lâche, tout ceci n'étant pas vécu dans la solitude, mais cette fois dans la relation avec la psychomotricienne, et pouvant être relativement maˆtrisé sous la forme d'une répétition au ralenti.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

À la fin de la séance, Amélie dit qu'elle a joué une scène « dans laquelle elle fait un cauchemar », et demande à la psychomotricienne de lui amener un biberon, se calme, et range tranquillement la pièce, ce qui montre comment elle a pu jouer ce qu'elle ressentait en restant à un niveau uniquement intrapsychique, sans être débordée.

Dans les séances suivantes, Amélie joue le rôle d'une grande fille adorable mais qui fait pleurer un bébé, lui prend ses affaires. La psychomotricienne à qui est attribué le rôle de la mère gronde la grande fille, ce qui ne fait qu'aggraver la situation. La mère doit alors séparer la grande fille du bébé. Le père arrive et regarde simplement la scène. Première apparition d'un couple donc, avec le fantasme probable, proposé par la thérapeute à Amélie, qu'elle pense peut-être que sa mère l'a quittée pour faire un bébé, et que la psychomotricienne partirait pour la même raison.

À la dernière séance, Amélie met en scène une mère (elle), sa fille (la psychomotricienne), et ses deux autres enfants, des bébés. Elle joue une mère maternant tous ses enfants et expliquant à sa grande fille que vers onze, douze ans, elle aura ses règles.

Malgré la fin trop rapide de cette prise en charge, Amélie a pu profiter de ce cadre pour mettre en scène des éléments de sa vie psychique qu'elle n'avait jamais montrés auparavant. Deux mois plus tard, sa scolarité se passe bien, ses notes sont au-dessus de la moyenne de sa classe en CM1. Elle ne dit plus « Je ne suis pas capable », joue souvent seule dans sa chambre, est beaucoup moins hyperactive.

## Observation n° 12. Jérôme L[3]

« C'est difficile de ne pas se bagarrer » fut la première phrase que Jérôme L., huit ans, dit à la psychomotricienne. La deuxième, « On ne peut pas être ami avec une femme », résume une bonne partie de son fonctionnement psychique. Son complément pourrait s'énoncer : « On ne peut pas être ami avec un homme ». On comprend qu'un des principaux buts de la prise en charge de cet enfant instable soit de lui éviter de basculer dans la violence la plus grave.

3. La prise en charge de cet enfant a été réalisée par B. Ropers, psychomotricienne, et M. Berger, psychiatre.

Étrange histoire que la sienne. Lorsqu'il a un mois, son père tue sa mère de vingt-quatre coups de couteau, ce qui l'envoie en prison. Cette mère était elle-même peu capable d'investir un bébé puisqu'elle avait rapidement confié son premier bébé en garde à une autre personne. Le sort de Jérôme émeut Monsieur P., l'oncle de sa mère, et son épouse qui n'a pas d'enfant à cause d'une affection cardiaque. Pendant trois mois et demi, ils vont voir Jérôme plusieurs fois par jour dans la pouponnière où il est placé. L'enfant sourit très peu, et fait un épisode de dépression anaclitique avec prostration lorsque le couple s'absente neuf jours. Puis M et Mme P. le recueillent sur décision judiciaire. Jérôme est rapidement instable et coléreux mais peut jouer. M. et Mme P. lui expliquent qu'ils ne sont pas ses parents, et répondent avec honnêteté à ses questions sur son histoire au fur et à mesure qu'il les pose. Il sait que sa mère est morte, que son père est en prison (où il va le voir environ une fois tous les six mois), mais n'apprend le meurtre qu'à quatre ans, par des cousins un peu plus âgés que lui.

Lorsqu'il a six ans, son père sort de prison, et tous deux se rencontrent en présence d'une éducatrice puis d'un psychiatre, mais son état psychique se dégrade rapidement suite à ces visites médiatisées tellement il est terrifié. Ceci est accentué par l'attitude du père qui dénie toute gravité à ce qu'il appelle « l'acte ». « Vous auriez fait la même chose », dit-il à un expert. « Ma femme était vraiment très embêtante dans la vie de tous les jours, et elle continue à me faire du mal puisque j'ai de la difficulté à trouver du travail avec mon casier judiciaire. » Monsieur L. a perdu sa mère à la naissance, et il explique à Jérôme : « Tu vois, nous avons tous les deux perdu notre mère quand nous étions bébé, nous sommes pareils », négligeant le fait que ces deux mères ne sont pas mortes de la même façon.

À partir de cette sortie de prison et malgré son adoption simple par son oncle et sa tante à l'âge de neuf ans, Jérôme ira particulièrement mal et refusera tout travail psychique avec le psychiatre, le regardant d'un air méfiant comme s'il était son père, refusant de dessiner ou de lui répondre, et restant assis craintivement sur les genoux de Monsieur P pendant les consultations. Dans le même temps, son instabilité augmente en classe et dans la vie de tous les jours, et ses actes violents deviennent de plus en plus inquiétants. Il manque de peu de briser volontairement la colonne cervicale d'un enfant pendant une récréation, s'acharne sur un autre enfant mis au sol en le bourrant de coups de pieds, ouvre le front d'un autre enfant encore, etc. Ce

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

comportement persiste même lorsque le juge des enfants supprime les rencontres avec son père qui n'a plus donné signe de vie depuis plusieurs mois.

Au cours de l'expertise médico-psychologique de la situation demandée par le juge des affaires familiales, apparaˆt une identification de Jérôme à la violence de son père. Le lendemain d'une rencontre avec ce dernier, il se badigeonne le visage de rouge pour être « vilain » (couvert de sang ?) comme lui. « Je vais être comme lui, c'est dans les cellules[4]. » En même temps, dès qu'il sort de cette identification à l'agresseur, Jérôme a peur que son père ne le tue.

C'est dans cette situation d'impasse qu'est proposée une prise en charge relationnelle en psychomotricité puisque Jérôme refuse le cadre d'une psychothérapie.

Pourtant un travail psychique avait été possible auparavant. M. et Mme P avaient consulté le psychiatre pendant une première période, lorsque Jérôme avait trois ans. À cette époque, il présentait des problèmes de comportement : instabilité, refus d'obéir. Ces troubles avaient probablement plusieurs origines : l'inadéquation des soins primaires maternels et en pouponnière, la trop grande gentillesse éducative de M. et de Mme P qui entraˆnait des difficultés de contrôle pulsionnel, et sans doute aussi une difficulté à aborder la problématique œdipienne compliquée par la réalité, comme le montraient les jeux que Jérôme réalisait en consultation. Ainsi il faisait naˆtre un bébé mouton de la graine du papa, laquelle avait été dans le ventre de l'enfant. La mère « servait » donc peu, ce qui renvoyait au fait que Mme P avait dit à Jérôme qu'elle n'avait pas pu avoir de graine dans son ventre pour faire un bébé. Le bébé mouton voulait s'emparer du casque de moto du papa, puis écrasait un cheval qui lui reprochait le vol du casque, scène au cours de laquelle Jérôme vérifiait la présence de son zizi par un tripotage. Ces jeux étaient assez souples et laissaient apparaˆtre une angoisse de castration avec des mouvements œdipiens positifs et inversés. La question de l'abandon par les parents était aussi présente. Plusieurs interprétations portant sur ce registre avaient permis que ses troubles s'estompent jusqu'aux deux moments traumatiques.

Le premier est la révélation du meurtre, ce qui modifie la tonalité des jeux qui tournent répétitivement autour de scénarios où Jérôme

4. Les cellules cérébrales mais aussi la cellule du père dans la prison ?

attaque le thérapeute et le tue ou inversement, tentative de saisir la scène qui s'est déroulée entre ses parents. Des peurs apparaissent, peur du bruit, du vent. Chaque fois, Jérôme a la crainte que son père ne vienne tuer M. et Mme P. Lorsqu'il est agressif comme un enfant de son âge peut l'être, il se sent devenir comme son père. Sa pensée est encore souple, mobile, il peut tenter d'élaborer des affects par des jeux symboliques, même s'il est envahi par l'image violente de son père. Ainsi il joue à une scène où un père lion tue une mère lionne et leur enfant. Le père lion se remarie mais ne peut pas s'empêcher de tuer ses nouveaux enfants. Dans d'autres scénarios, la violence du lion est incontrôlable, il tue tout le monde, police compris, renverse les voitures.

Mais tout bascule lors du deuxième moment traumatique, c'est-à-dire lorsque Jérôme revoit son père à la sortie de prison. Bien que cette rencontre ait lieu en présence d'un adulte qu'il conna^t par ailleurs et avec lequel il a un lien, il se met à faire des cauchemars au cours desquels il hurle très fort, son instabilité réappara^t de manière massive entra^nant une dégradation importante au niveau des apprentissages. Il devient très méchant avec tout le monde, élèves, ma^tresse, se coupe les cheveux pour ne pas être beau, afin que personne ne l'aime si bien qu'il ne verrait plus personne. Il le répète : « Je ne veux voir personne ». Il ne veut plus sortir de chez lui, a peur que son père ne le coupe en morceaux avec un couteau. Il ne s'agit pas là pour lui d'un fantasme mais d'une terreur.

Devant son refus, décrit ci-dessus, de parler à nouveau au thérapeute, de dessiner, et face à son allure terrorisée, à son incapacité d'exprimer le moindre fantasme, à son impossibilité de montrer son malaise autrement que par des actes, instabilité et agressivité, une prise en charge de type psychomotricité est proposée.

Dès son entrée dans la salle de psychomotricité pour le bilan, sans que rien ne lui ait été demandé, Jérôme déclare : « Mon père avait tué ma mère ». Au cours de ce bilan, lorsqu'il n'est pas impliqué corporellement ou affectivement, il montre qu'il a des repères et qu'il peut les utiliser. Sinon, il est désemparé lorsqu'il doit reproduire un tempo sans modèle mais peut s'adapter si on l'aide. Il ne se repère pas dans les jours de la semaine. Il ne peut pas se détendre et ne parvient à coordonner son corps qu'au prix de gros efforts, il est vite inquiet dans les épreuves les yeux fermés. Il a besoin d'un passage par l'erreur

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

pour les exercices qui font appel aux sensations et au vécu, pas pour ceux qui font appel aux connaissances et aux apprentissages.

Deux craintes de Jérôme imprègnent la prise en charge : que la psychomotricienne ne se montre intrusive ou directive, et qu'on lui demande de se relaxer. « La détente, c'est ce qu'il y a de pire », dit-il, surpris de constater qu'il pourrait commander son corps et n'y parvient pas.

La relation débute par un jeu de football, Jérôme étant très satisfait narcissiquement lorsqu'il marque des buts. Puis peu à peu s'installe avec la psychomotricienne une relation importante pour lui, grâce à laquelle vont pouvoir se représenter par le jeu les pensées les plus profondes et les plus surprenantes de cet enfant.

Après une période de six mois consacrée exclusivement à des jeux moteurs, bâton, foot, quilles, il organise le premier jeu suivant : la psychomotricienne est Cruella, lui est une armée. Il construit un château fort vide dont tous les occupants sont morts. Le roi Caca Bouda, méchant et débile, tuait tout le monde et donnait les corps aux chiens. Effrayé par la cruauté des images qu'il livre, il pleure, mouvement émotionnel exceptionnel chez cet enfant au visage dur.

Les thèmes se succèdent. Dans une ambiance lourde, la psychomotricienne doit jouer sans cesse sur un tambourin pendant qu'il est mis à mort car il est entré dans le château pour délivrer la princesse. Il sera pendu, non, il sera réduit en esclavage, non, finalement il fera parti du groupe des méchants. Il passe ainsi du groupe des victimes au groupe des persécuteurs. Comment un mouvement œdipien peut-il se construire avec de telles pensées ?

Autre jeu : les soldats cassent un monument, tout le monde est mort, c'est la fin de la vie. Il dit alors à la psychomotricienne qu'elle doit voir le fantôme de tous ceux qui sont morts. « Si tu vois un fantôme qui se détruit, c'est qu'il est ressuscité », forme paradoxale de l'origine, se détruire pour revivre. Si un fantôme n'est plus un fantôme, c'est qu'il redevient l'être humain qu'il était auparavant. La psychomotricienne doit chanter, fermer les yeux, dormir, pendant qu'il casse sa tombe pour en sortir. Il dit alors : « Je suis le fantôme de personne, vous ne me connaissez pas, je ne suis pas en vie, je suis un ancêtre d'avant les Gaulois, d'avant les dinosaures », se désignant ainsi une origine intemporelle, une absence de filiation représentable.

Les scénarios alternent avec des séquences de jeux physiques, nécessaires pour lui, dans lesquels il est à la fois goal et buteur. Ou encore il faut lancer des balles sur une forteresse pour la détruire, etc. Mais il ne supporte pas la moindre proposition de la part de la psychomotricienne, ressentie immédiatement comme intrusive, et n'accepte pas de perdre dans un jeu. Il donne le sentiment de lutter contre une blessure narcissique très importante et demande beaucoup à être regardé dans ces jeux. Ces moments lui donnent l'assurance que c'est lui qui maˆtrise la relation et sa vie psychique. Ainsi après une séance riche et difficile émotionnellement, il ne peut rien imaginer à la séance suivante et se contente de jouer avec les quilles. À la séance qui suit, il demande : « Tu te souviens du jeu de la dernière fois ? », c'est-à-dire de l'avant dernière fois, comme si la séance consacrée au jeu de quilles n'avait pas existé. On peut penser qu'ainsi seule une séance sur deux est productive, ce qui lui évite un sentiment de dépendance par rapport à la psychomotricienne. Mais on peut aussi remarquer que la deuxième séance est morte, sans vie psychique. C'est dans ces séances-là que resurgissent l'instabilité et l'agitation : les séances « mortes » psychiquement sont remuantes corporellement. Les séances mortes pourraient donc être une représentation inconsciente de la mère morte, et les séances pleines d'images cruelles et angoissantes seraient une représentation du père, les deux ne pouvant être évoquées dans la même séance (G. Berger).

Peu à peu émergent des représentations de filiation et de couple. D'abord la psychomotricienne a, dans le jeu, un enfant et un mari. Jérôme a une femme qu'il embrasse. Chacun est dans une maison et les deux habitations ne parviennent pas à communiquer. Face à cette difficulté de tenir ensemble les représentations d'un couple parental et d'un couple sexué, sous-tendues par des désirs œdipiens, Jérôme arrête ce jeu de rôle et veut jouer au ballon prisonnier, c'est-à-dire à un jeu physique. La psychomotricienne lui dit qu'ainsi, il ne penserait plus, ce qui le recadre et lui permet de reprendre le scénario.

En même temps qu'apparaissent ces représentations du couple, des éléments de transfert maternel sont exprimés : Jérôme joue avec une dˆnette, fait le bébé qui a une peluche. Mais le couple est belliqueux. Jérôme est un soldat, la psychomotricienne est une mère sorcière qui a un fils. Elle essaie de transformer le soldat mais il a un bâton qui annule le pouvoir de la sorcière et c'est lui qui transforme son fils en

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

boule de pétanque. C'est un combat père-mère avec l'enfant au milieu, qui se termine par une explosion finale et un anéantissement total.

Les premiers dessins n'apparaissent qu'au bout d'un an de prise en charge, d'abord sous la forme de dessins faits au tableau qu'il efface rapidement. Cette peur de dessiner était peut-être en lien avec sa peur de (se) représenter des scènes particulièrement angoissantes.

Dans certains dessins qui représentent des gravures préhistoriques, tout n'est qu'attaques et transformations maléfiques mêlées de sexualité. Un cerf a la queue orange parce qu'on voulait le brûler, un serpent s'amuse à essayer de piquer les oiseaux, un arbre est coupé, l'eau magique transforme le Père Noël en serpent. Ou encore un pirate tombe de son bateau, ne sait pas nager, les oiseaux l'attaquent et il saigne, il tire pour appeler au secours et les autres pirates tuent les oiseaux. La mer est rouge de sang. Puis de manière assez excitée, Jérôme parle d'une femme avec la porte des WC qui est ouverte, et lui a du pipi sur le zizi. Dans cette séquence, Jérôme se permet probablement une première représentation graphique de la scène du meurtre, vécue comme une scène primitive violente : la mer est rouge de sang comme sa mère a dû l'être, et ceci est associé à une excitation sexuelle.

Dans une autre scène, le sorcier enlève le fils de la psychomotricienne grâce à des sortilèges, et le lâche dans le vide, ce qui le tue. La psychomotricienne récupère quand même son fils que le sorcier reprend. Cette fois, Jérôme ralentit la chute. Mais si l'enfant s'en sort vivant, le sorcier meurt, il devient une statue qui commande : « Sois le plus méchant et ne meurs jamais », représentation impressionnante de « l'héritage paternel ». Il applique ces principes dans le scénario suivant : il a pris un rôle de chasseur, et il est dans une cabane. Il sort une main et la psychomotricienne doit le secourir, mais au moment où elle veut l'aider, il l'attaque immédiatement.

En même temps, la crainte et la violence cèdent peu à peu la place à la douleur psychique. Jérôme peut pour la première fois dire qu'il s'est fait mal. Une autre fois, il déclare : « Si tu me voyais avec mes copains, je ne fais rien de bon, je bluffe, je crâne. » À cette époque, le couple P. obtient d'adopter Jérôme en adoption simple. Ceci n'amène pas la tranquillité espérée de manière un peu miraculeuse par M. et Mme P.

Jérôme établit des liens avec la psychomotricienne comme personnage maternel, mais à quel prix. C'est la guerre, la psychomotricienne

est une reine qui doit voir des morts, des hommes qu'on pend, dont lui-même. La reine, attachée les mains dans le dos, doit être témoin du carnage, et Jérôme vient mourir plusieurs fois très près d'elle, poignardé, « mitraillé à fond ». Il dit « Princesse, j'arrive, je vous aimais tant », et il meurt. Il décrit combien d'hommes gentils sont morts pour essayer de sauver la reine. C'est la première fois qu'il a des mots d'amour pour un personnage féminin et maternel, mais dans son scénario, il faut que l'un meure pour que l'autre vive.

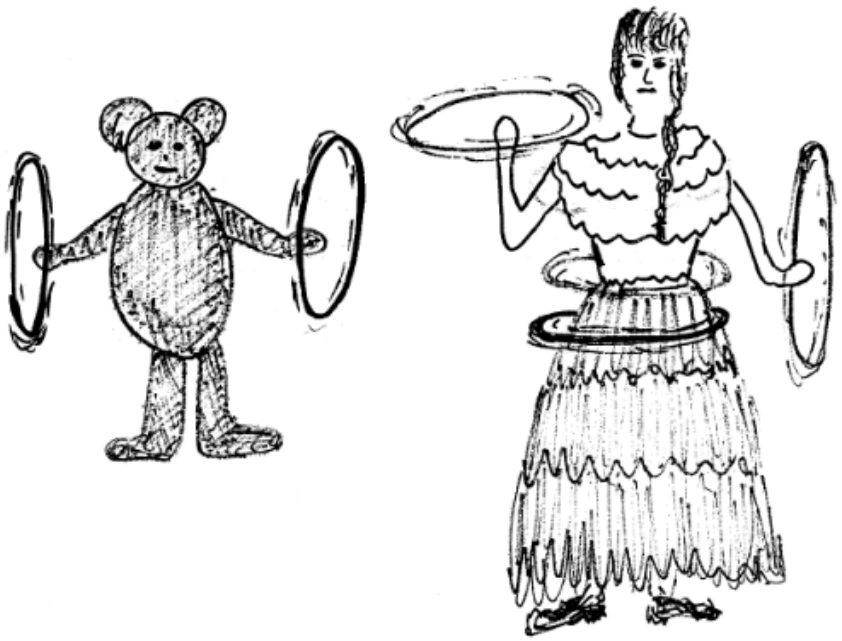


*Figure 5.1. Dessin de la psychomotricienne.*

À cette période, Jérôme s'apprivoise et peut parler de ses sentiments qu'il trouvait honteux : « J'ai eu un camarade en vacances et quand on s'est quitté, j'ai un peu pleuré. » Il ajoute qu'il aurait aimé avoir une sœur, montrant à la fois sa fragilité et une partie féminine de lui. Il veut ensuite jouer aux mimes et demande à la psychomotricienne de mimer des scènes, comme dans un spectacle, mais il a beaucoup de mal à se représenter ce qu'elle imite. Lui fait des « démonstrations » de football. Puis tous deux échangent des cerceaux, toujours comme s'ils étaient devant des spectateurs imaginaires. Jérôme chantant joyeusement en même temps un air de tzigane, la psychomotricienne pense à un spectacle de montreur d'ours, association personnelle dont elle fait

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

part à l'enfant. Le jeu continue, puis la psychomotricienne lui propose de dessiner ce qu'ils ont fait en séance. Jérôme est d'accord si elle fait de même. Elle se représente (Figure 5.1) jouant avec des cerceaux, puis dessine un ours à côté d'elle. Croyant que c'est lui qui est dessiné comme un ours et que la psychomotricienne se moque ainsi de lui, Jérôme prend une autre feuille et dessine une souris tuée par un pirate d'un coup de sabre dans le ventre (Figure 5.2). Dans ce dessin essentiel, à travers l'attaque du corps de la psychomotricienne qui est enceinte à cette époque, c'est la scène parentale que Jérôme représente : la souris tuée est en même temps une femme (elle a un collier) et un enfant : dans son fantasme, quelle différence y a-t-il entre tuer la mère d'un enfant d'un mois et tuer une mère avec un enfant dans son ventre (G. Berger) ? Ainsi Jérôme, pris dans ce meurtre qui a eu lieu autour de sa naissance, a-t-il « raison » de craindre que son père ne le tue. Bien que la psychomotricienne ne dise rien, Jérôme est très ému devant le contenu de son dessin fait rapidement et sans « réflexion ». Il en perçoit l'aspect autoreprésentatif et la manière dont cette représentation, qui le déstabilise, est elle-même persécutrice.

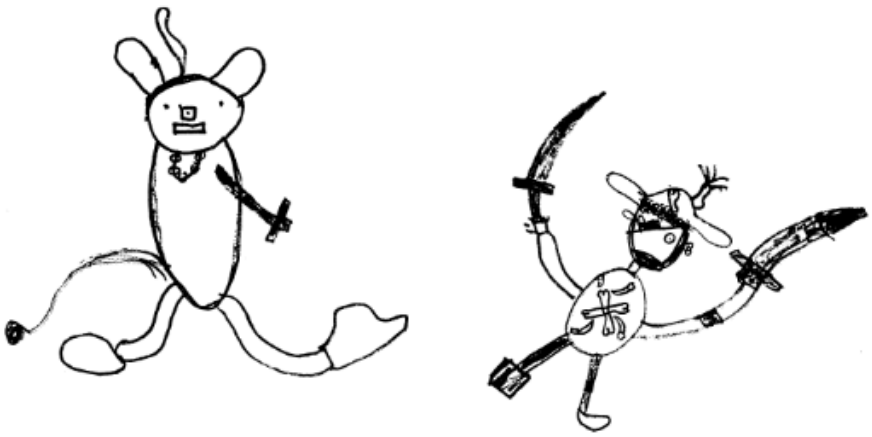


*Figure 5.2. Dessin de Jérome.*

L'attitude de Jérôme, à la période où il refusait toute proposition psychothérapique, tout en multipliant les actes agressifs, faisait penser aux attaques contre l'intellect, la pensée, menées par les groupes les plus violents, Khmers Rouges, GIA algérien. Cette attaque porte précisément sur le lien maternel, par exemple lorsque des membres du

GIA tranchent le sein d'une mère allaitante et la tête de son bébé. C'est littéralement le lien dans ce qu'il a de plus intime qui est ainsi excisé. Cette évolution sera-t-elle évitée ? Jérôme est maintenant davantage à même d'accepter les remarques d'autrui sans les prendre comme une blessure. Sa mémoire s'est améliorée, ce qui l'aide à l'école. Il n'est plus violent depuis quatre mois, il est bien moins instable et travaille bien à l'école. Il aime dessiner. Sa dangerosité s'éloigne enfin. Grâce à la prise en charge en psychomotricité, il a pu mener un combat dans lequel il a utilisé le corps d'autrui ainsi que les objets pour représenter l'ennemi de manière concrète. Les séances se sont apparentées à une épopée guerrière.

Sur proposition de la psychomotricienne, qui considère que la nature du matériel apporté par cet enfant ne relève plus de son cadre thérapeutique, il accepte de débuter une psychothérapie, qu'il semble capable d'investir maintenant.

Dès la deuxième séance, Jérôme dessine une pyramide égyptienne dans laquelle des visiteurs peuvent contempler des objets anciens en or. Dans un grenier sont entreposés les objets anciens cassés. Cette invitation à la visite est moins angoissante que les tombes précédentes. Puis Jérôme, après avoir terminé son dessin, souhaite rédiger une histoire, en me la dictant. « Il était une fois un petit sapin qui était dans la forêt avec son papa et sa maman. Il était très triste car il ne pouvait pas bouger à cause des racines. Mais un jour, un monsieur entra dans la maison de l'homme qui plantait les sapins, et demanda à en acheter un, le choisissant. Le petit sapin fut déraciné, mis dans un gros camion vert, et replanté chez le monsieur qui l'avait acheté à son nouvel endroit, il est très content car il a pu bouger. Il est un peu embêté de n'être plus avec son père et sa mère, mais comme il voulait bouger, pour voir autre chose que toujours des sapins, des sapins, des sapins[5], « maintenant ça va ». Le thérapeute lui fait remarquer qu'il est replanté et ne bouge donc plus. Ne risque-t-il pas de s'ennuyer ? « Non car il voit d'autres choses, il y a plus de mouvement, des gens passent. »

Ce récit, qui est une représentation du changement de famille au cours de l'adoption simple par le couple P., décrit comment cet enfant se sent moins fixé, au sens d'une fixation dans son développement

5. Sait-il que les cercueils sont faits en sapin ?

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

psychique, depuis cette adoption. Son énergie psychique est en partie libérée par rapport à la scène traumatique passée, il a pu bouger, et maintenant il est re-posé. Ce qui est remarquable, c'est qu'il exprime ce changement psychique en terme de mouvement.

À la séance suivante, une voiture conduite par un homme qui « fait le fou » grille un feu rouge et heurte un autre véhicule. Les deux conducteurs ne sont pas morts et sont évacués vers un hôpital pour être soignés. Dans ce scénario, la scène primitive violente n'est plus meurtrière, et ses dégâts sont soignables. Plus tard, le thérapeute ose, dans un récit construit à deux, aborder directement l'image paternelle terrifiante en débutant l'histoire par :

> Thérapeute – Il était une fois un monstre impressionnant qui vivait dans une région.
>
> Jérôme – Il était impressionnant parce qu'il était très grand.
>
> Thérapeute – Était-il vraiment dangereux ?
>
> Jérôme – Non, car il ne voulait pas faire peur aux gens.
>
> Thérapeute – On disait qu'il pouvait les tuer.
>
> Jérôme – Mais comme il est très vieux, il ne peut plus les tuer.
>
> Thérapeute – Il ne pouvait que raconter des souvenirs du temps passé où il était redoutable.
>
> Jérôme – Il les disait aux gens et après tout le monde était heureux puisque c'était du passé.
>
> Thérapeute – Ils pouvaient en rigoler maintenant et s'inventer des histoires sans risque.
>
> Jérôme – Et sans peur.

Un an plus tard, Jérôme va suffisamment bien pour qu'il soit possible d'arrêter sa psychothérapie.

*Chapitre 6*

# L'utilisation de la Ritaline

IL SERAIT HYPOCRITE dans un travail consacré à l'instabilité chez l'enfant, de ne pas évoquer l'utilisation de la Ritaline et les problèmes qu'elle soulève en France.

## UNE PRESCRIPTION BIEN TEMPÉRÉE

Nous nous sommes situés hors des deux modèles qui nous semblent trop infiltrés de passion, le « tout Ritaline », dont nous avons souligné qu'il court-circuitait l'exploration du fonctionnement familial fantasmatique et gestuel actuel et passé, ainsi que le travail sur la vie psychique de l'enfant, et un autre modèle qui considère que l'utilisation de la Ritaline est scandaleuse et équivalente à l'administration d'une camisole chimique ou d'une drogue.

Ce dernier modèle, favorisé par les abus de prescription aux États-Unis et des émissions de télévision tendancieuses, à la recherche de sensationnel, repose sur le préjugé que le psychisme de l'enfant pourrait élaborer uniquement par une voix réflexive et psychothérapique, sous une forme variable, tout ce à quoi il est confronté. Ce

postulat présente l'inconvénient de laisser certains enfants en proie à une instabilité majeure sans qu'ils puissent atteindre le minimum d'autoreprésentation de ce qui se passe en eux. On sait que certains adultes ont besoin, au cours du travail psychothérapique qu'ils effectuent, d'être soutenus par des médicaments psychotropes qui leur permettent de ne pas être submergés par une angoisse ou une dépression qui les empêche de penser, jusqu'à ce qu'ils puissent y faire face sans cette aide. Pourquoi exiger plus de certains enfants ?

Notre position est la suivante : nous pensons que la Ritaline peut être prescrite de manière bien tempérée dans les circonstances suivantes[1] :

– tout d'abord, elle peut être utile lorsqu'un enfant *est en risque d'exclusion scolaire ou familiale du fait de son comportement*. Un tel rejet vient en lui-même compliquer de manière importante toute forme de prise en charge relationnelle car il constitue une blessure narcissique notable pour les parents et pour l'enfant. Ainsi certains grands-parents refusent de garder leurs petits-enfants instables, car c'est trop épuisant pour eux, ce qui choque les parents et complique l'organisation de leur vie quotidienne. La Ritaline permet alors d'entreprendre le travail relationnel en étant moins soumis à une pression de la réalité pour obtenir un résultat immédiat. Une prise en compte insuffisante par le consultant de ces problèmes scolaires et de cette souffrance familiale risque d'amener certains parents à interrompre le travail thérapeutique et à solliciter ailleurs une prescription de Ritaline sans abord relationnel concomitant ;
– la Ritaline peut aussi être utile lorsqu'*existe un enjeu cognitif immédiat*, avec un risque de redoublement dû au fait que les troubles de l'attention empêchent l'enfant d'apprendre. Et même dans les situations où un tel redoublement ne peut être évité, il perd beaucoup de son utilité si l'instabilité persiste.

Un traitement relationnel est toujours proposé simultanément (sauf dans trois situations décrites plus loin). Avant de détailler les résultats de cette prescription, nous voudrions livrer les réflexions suivantes.

1. *Cf.* la position de C. Billard (1996) : « La Ritaline ne mérite ni l'excès d'enthousiasme des Américains, ni l'excès d'inquiétude des Français. »

## L'IMPACT SUR L'INSTABILITÉ ET SUR LE RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ DE LA PENSÉE

La Ritaline agit principalement sur l'instabilité psychomotrice, un peu sur l'impulsivité, mais très peu sur les autres troubles, besoin de maˆtrise, susceptibilité, etc.

Une réflexion d'un enfant de huit ans souligne un autre point intéressant. Il nous déclare que depuis qu'il prend de la Ritaline, il s'ennuie moins car il peut faire plus longtemps la même chose. Il exprime de la sorte son sentiment qu'une certaine continuité de sa pensée s'est (r)établie. Certains enfants retrouvent ainsi un plaisir à penser, ce qui entraˆne une métamorphose spectaculaire. Jacques, onze ans, pour lequel la scolarité était un supplice, explique qu'il est très aidé par la Ritaline : il va maintenant en classe avec plaisir et il est content de constater qu'il sait les tables de multiplication, qu'il oubliait auparavant au fur et à mesure qu'il les apprenait. Il apprécie les bons résultats qu'il a obtenus en musique (il étudie un instrument). Mais la diminution de son impulsivité ne peut être attribuée au médicament, car elle a co¨ncidé avec le travail psychique réalisé au cours d'une psychothérapie qui a débuté quelques mois plus tard. Ce rétablissement de la continuité de pensée avait déjà été observé lors de notre première prescription de Ritaline en 1975 (M. Berger, M.L. Ober, 1978) chez un enfant qui ne pouvait utiliser sa psychothérapie que lorsqu'il était calmé par la prise du médicament.

La question qui se pose alors est de savoir si l'enfant va pouvoir maintenir ce fonctionnement après l'arrêt du traitement, et conserver la trace de ce plaisir de la continuité de pensée. Le suivi de trois enfants qui n'ont pas eu de prise en charge psychothérapique concomitante montre que c'est possible dans certaines situations. Les parents de ces trois enfants habitaient loin de notre service, à plus d'une heure de route de montagne, et avaient tous les trois des horaires de travail rendant impossible un suivi psychologique peu espacé et significatif. Ces enfants ont progressé avec le traitement médicamenteux seul, et ont conservé ces progrès après l'arrêt du traitement tant au niveau de la continuité de la pensée que de la baisse spectaculaire de l'instabilité. Parmi ces trois enfants, Valérie, sept ans, adressée pour une instabilité telle qu'elle ne pouvait apprendre en cours préparatoire, a pu grâce à la Ritaline éviter le redoublement envisagé. Elle est

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

actuellement première en cours élémentaire première année. D'autres enfants, malgré le suivi relationnel concomitant, demeurent longtemps sensibles à toute diminution du traitement, et nous n'avons pas repéré de particularité permettant de prédire si un enfant pourra ou non inscrire psychiquement le « frayage » vers la continuité de pensée réalisé sous Ritaline.

Nous voulons souligner ici qu'on ne pense trop souvent la prescription de ce médicament que dans un registre « surmo¨que » (*cf.* J. Méneché et M. Giloots, 1998), répressif et normatif par rapport aux symptômes de l'enfant, alors qu'on peut aussi penser cette prescription comme facilitant sa vie psychique et le travail psychothérapique.

## Les problèmes d'écopharmacologie

L'expérience prouve qu'il est inutile de prescrire de la Ritaline si les parents de l'enfant ou l'institution dans laquelle il se trouve sont opposés à ce traitement. Les effets d'écopharmacologie décrits par B. Cyrulnik et P. Hubert (1977), M. Berger et coll. (1978, 1985), montrent que l'influence de l'environnement peut diminuer de manière très importante l'efficacité biologique d'un médicament psychotrope. Dans ces conditions, il est préférable de s'abstenir, ou d'attendre qu'une relation solide soit nouée avec les parents, ou de rencontrer l'équipe de l'institution dans laquelle se trouve l'enfant avant de faire cette prescription. Au cours de ces discussions, il peut être intéressant de proposer un essai pendant trois semaines seulement, ce qui suffit en général à évaluer si la Ritaline pourra aider un enfant. Ceci permet à chacun de constater l'éventuelle efficacité du médicament avec moins de craintes, puisqu'aucun engagement au long cours n'a été pris et qu'une nouvelle réunion est programmée après cette période pour une évaluation commune.

### Les résultats

#### *En valeur globale*

L'ensemble des situations a fait l'objet d'une triple évaluation, à la maison, en consultation, et à l'école si les parents étaient d'accord pour parler à l'enseignant de la prise de Ritaline.

Pour les 38 enfants traités, les résultats, qui sont les suivants, ne diffèrent pas des études classiques sur ce sujet :

– aucun résultat : 5 cas ;
– bons résultats pendant trois à quatre mois puis « échappement » au traitement entraînant un arrêt de la prescription : 6 cas. Soit une inefficacité dans 11 cas (28,2 %) ;
– bons résultats : 8 cas ;
– très bons résultats : 19 cas. Soit une efficacité nette dans 27 cas (71,8 %).

Il existe d'importantes variations individuelles concernant la durée du traitement. L'arrêt de la prescription a pu être rapide suite à un travail psychique simultané (au bout de deux à quatre mois), ou plus tardif (entre trois mois et trois ans), la moyenne de durée de la prise du médicament ayant été de dix mois et demi.

### *Concordance des résultats de la prescription avec les 7 sous-groupes décrits*

– Interactions précoces défectueuses : 5 très bons, 2 bons, 2 bons avec échappement, 1 inefficace ;
– adoption : 4 très bons, 1 bon, 1 inefficace ;
– forçage : 2 bons, 4 bons suivis d'échappement ;
– dépression maternelle : 7 très bons, 4 bons, 1 inefficace ;
– mère instable ou « nerveuse » : 1 très bon, 1 bon ;
– discontinuité de l'environnement maternel : 1 très bon ;
– troubles d'évocation : 2 inefficaces ;
– instabilité sans cause repérable : 1 très bon.

À noter hors de notre cadre, c'est-à-dire dans l'instabilité due à une atteinte neurologique : 5 bons ou très bons résultats (100 %). Pour un enfant très agressif, il a été nécessaire d'ajouter du Barnetil.

Quant aux effets secondaires, avec un recul de 24 ans, nous pouvons dire que nous n'avons observé aucune dépendance et aucun effet négatif sur la croissance.

Nous espérons avoir montré dans cet ouvrage qu'il existe une vie psychique chez les enfants pendant et après la Ritaline, et qu'un thérapeute peut continuer à penser tout en la prescrivant...

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

*Chapitre 7*

# Trois notes cliniques

(2005)

## L'ENFANT INSTABLE JOUE-T-IL VRAIMENT ?

Beaucoup d'enfants instables sont décrits comme éveillés, agiles, vivants, *joueurs*, dès qu'ils marchent. La réalité est autre : lorsqu'on y regarde d'un peu plus près, on se rend compte que ces enfants s'agitent plus qu'ils ne jouent, que leurs activités sont répétitives, ou sans cesse interrompues pour passer à une autre activité, et que le thérapeute, psychanalyste ou psychomotricien, n'est pas réellement utilisé comme une personne avec qui jouer. Certains éléments fondamentaux peuvent faire défaut : *l'adresse* (préconsciente), c'est-à-dire que le jeu soit adressé à quelqu'un en réalité ou en pensée, la créativité, et le partage.

### L'essence du jeu

L'essence du jeu se situe, entre autres, autour des axes suivants : jeu à valeur symbolique ou non, jeu partagé ou non. Certes, comme l'a souligné Mélanie Klein, la capacité de jouer est un indicateur de

santé mentale de l'enfant, ou de l'enfant dans l'adulte. Mais il faut y ajouter les critères de *créativité et de partage*. La créativité d'abord. Le jeu, qu'il soit solitaire ou à plusieurs, qu'il concerne un bébé ou un enfant plus grand, doit témoigner à certains moments d'un travail de symbolisation des mouvements pulsionnels et/ou d'appropriation subjective des expériences vécues. De plus, être capable de changer le scénario d'un jeu signifie qu'on a pu développer *un certain attrait pour l'inconnu*. Et cette curiosité est un des meilleurs signes de santé mentale. Le jeu signe de santé psychique est donc différent du jeu non structuré, anarchique, ou qui reproduit littéralement la réalité sans le « faire semblant » qui introduit un écart. Il est aussi différent des jeux répétitifs, « pseudo-jeux » qui sont une tentative compulsive non symbolique de maˆtriser ; comme la compulsion à fantasmer décrite par Winnicott, ils ne doivent pas être confondus avec la capacité de fantasmer. Enfin le jeu psychique est différent de la distraction : on peut jouer à un jeu de société pour ne pas s'ennuyer, les règles sont fixées, le hasard tient une place importante, la marge de manœuvre imaginaire est relativement faible, le but est de gagner.

La capacité de jouer inclut aussi celle de jouer *avec l'autre*, c'est-à-dire non seulement d'accepter l'alternance « à toi », « à moi », « à toi », etc., sans vouloir tout diriger, mais aussi d'accepter que l'autre modifie le cours du jeu, qu'il y introduise de l'imprévu.

Ajoutons que les enfants, quel que soit leur âge, recherchent une qualité spécifique de jeu avec les parents ou les adultes. Cette expérience ne se situe pas seulement dans le registre de l'échange en écho, ou dans le désir de battre le parent ou de s'allier à lui ; j'ignore la nature de cette spécificité. Cependant beaucoup de parents ne jouent jamais parce qu'ils sont trop occupés, ou parce qu'ils préfèrent d'autres activités, ou échanger en parole. Les éventuelles conséquences de ce manque sur le psychisme infantile dépendent de la nature des autres échanges parent-enfant qui peuvent être assez adaptés. Et un enfant peut suppléer à ce manque par des jeux solitaires ou avec d'autres enfants.

## Le jeu de l'enfant instable

Les enfants instables ont souvent un jeu solitaire qui peut être de deux sortes. Soit il consiste en une manipulation non structurée, anarchique, des objets, ceux-ci n'étant pas utilisés pour leur fonction

« symboligène » ; les feutres sont tripotés interminablement, les pièces de la maison en Lego assemblées sans aucun sens, la chaise posée sur un mur, etc... Soit le « jeu » consiste en des scénarios ou des dessins sommaires et répétitifs. Dans les deux cas, ces enfants sont souvent angoissés face à l'apparition de toute idée nouvelle, donc inconnue, ou souffrent de carences massives dans la constitution de leur activité de représentation. Ces jeux interminables représentent peut-être la manière dont le sujet a appris à se passer de l'objet. Mais un fonctionnement n'incluant pas l'objet fait le lit de la contrainte de répétition. On peut remarquer que l'enfant s'ennuierait à jouer ainsi tout seul. Il préfère que quelqu'un soit présent, le thérapeute pouvant être ainsi convié à participer non comme interlocuteur mais comme auxiliaire sans initiative, ou parfois comme simple spectateur. Le sujet peut jouer *en présence de l'autre, mais pas avec l'autre*. Il ne peut pas être en même temps en contact avec son monde interne et avec celui de l'autre.

## Jeu et thérapie

On peut dire que dans ce contexte, la possibilité de jouer en thérapie est souvent soumise à une série de « contraintes » :

– il faut jouer presque sans jouet. En effet, tout objet peut être utilisé par l'enfant comme source d'excitation et de mouvement répétitif. Pour ces sujets, il y a toujours trop de jouets dans les salles de psychomotricité ou de psychothérapie ;
– il faut jouer parfois sans se regarder, certains de ces enfants ne supportant pas l'échange visuel qui transforme le thérapeute en un objet happant ou inquiétant. Ils ne peuvent lui parler et le regarder en même temps ;
– il faut jouer avec peu d'échanges langagiers directs, non seulement parce que ces enfants ne s'y engagent pas d'emblée, mais aussi parce que leur langage qui est cohérent, non plaqué, peut être un leurre au sens où il ne permet pas à ces enfants de traduire leurs ressentis sensori-moteurs ni la nature de leurs « images » internes ;
– enfin les jeux répétitifs posent le problème contre-transférentiel suivant : le thérapeute risque de partir dans ses pensées. Il ne s'agit pas là d'une attention flottante reliée à l'autre. Au contraire, c'est une rêverie personnelle qui a quelque chose de rétorsif : « tu es dans ton monde, moi je me mets dans le mien ». On peut ainsi laisser

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

l'enfant jouer répétitivement en psychothérapie en lui abandonnant complètement le terrain et en désinvestissant la situation. En même temps, le thérapeute, s'il devient rétorsif, reproduit une situation dans laquelle un parent ne joue pas avec son enfant. Le thérapeute se trouve donc confronté à un effort surmo¨que particulier qui nécessite une attention et une présence sans faille, et qui consiste à contraindre l'enfant et soi-même à fabriquer ensemble de l'inconnu. Il ne s'agit pas là d'une relation asymétrique, comme celle qui caractérise le Surmoi parental, où l'un décide ce qui est bien pour l'autre, ou comme celle qui caractérise le cadre psychothérapique classique, le thérapeute pouvant être utilisé comme lieu de projection grâce à sa neutralité. Il ne s'agit pas non plus d'apprendre à un sujet à jouer, mais d'apprendre à l'enfant à jouer avec l'autre, sans qu'il y ait une intentionnalité de transmission d'un savoir puisque ce qui va être produit est inconnu par les deux partenaires. Nous devons arriver à penser ensemble et à produire de l'inconnu, et dans cet effort, le thérapeute est sous la dépendance du même Surmoi que l'enfant, une partie de son fonctionnement psychique est du même côté que l'enfant face à ce Surmoi.

Le premier temps consiste à refuser de continuer les activités stéréotypées proposées par l'enfant. Il s'agit là souvent d'un temps mutatif : « non, ça tu l'as déjà fait ou on l'a déjà fait, on risque de répéter tout le temps la même chose », et surtout, à la fin de certaines séances, le thérapeute reconnaˆt qu'aujourd'hui « on n'est pas arrivé à jouer », constatation teintée de déception. Ou encore, au cours d'une séance : « nous n'arrivons pas à faire quelque chose ensemble et nous nous ennuyons », sans que cela s'accompagne forcément d'une proposition d'activité qui aurait alors une valeur trop réparatrice. Ces enfants renâclent à aller vers de l'inconnu si bien qu'il faut y aller à deux. Le récit à deux constitue alors un outil qui permet aux enfants de créer peu à peu des scénarios, dans un cadre qui nécessite que le thérapeute accepte d'y faire preuve d'une certaine activité, et d'y être à « égalité » avec l'enfant. Dans ce dispositif, le psychanalyste tient trois fonctions du cadre : la préoccupation au sens bionien du terme, sous la forme d'une aide fournie à l'enfant pour qu'il parvienne à lier ses pensées entre elles ; la fonction de jeu avec l'autre et avec les idées ;

la fonction interprétative, lorsque le matériel est déchiffré comme un rêve[1].

## LA RITALINE COMME ÉTAYAGE DU TRAVAIL PSYCHOTHÉRAPIQUE

Pour un psychanalyste, l'utilisation de la Ritaline est à la fois intrigante, rassurante, et déprimante. En effet, un des effets les plus étonnants de ce médicament est qu'il permet, chez de nombreux enfants et adolescents instables, que s'établisse une continuité des processus de pensée, leur rendant ainsi possible l'accès à une activité de symbolisation et à des associations libres, au lieu d'une pensée anarchique ou totalement répétitive. Ce faisant, dans ce contexte clinique particulier, cette molécule « réalise » ce qui constitue une partie essentielle du travail psychanalytique, permettre à un sujet d'établir des liens entre ses pensées. Alors seulement pourra être entreprise une autre partie de ce travail, qui consiste à comprendre et à interpréter la nature du matériel en fonction de la problématique et de l'histoire personnelle de l'enfant.

L'apparition d'un matériel « utilisable » chez de nombreux enfants suite à la prescription, montre que ce serait les priver d'une possibilité d'appropriation de leur vie interne que de ne pas utiliser cet appui médicamenteux. Mais, et ceci est à la fois compréhensible et non dénué d'idéologie, l'enjeu pour le psychanalyste devient alors de permettre à l'enfant de faire un travail psychique suffisant pour pouvoir arrêter ou diminuer de manière importante le traitement. Nous avons remarqué qu'un des principaux gains du traitement psychothérapique est l'acquisition de la capacité d'auto-représentation : les enfants et adolescents se rendent compte des moments où ils commencent éventuellement à redevenir instables et peuvent alors se ressaisir. C'est pour cela que nous ne nous sentons pas concernés par les débats idéologiques qui tournent autour de ce médicament ni par les abus de prescription qui se produisent aux États-Unis. Dans notre esprit, la Ritaline n'est pas un médicament normatif, surmo¨que, destiné à faire se tenir calme un enfant et à permettre à l'adulte « d'avoir la paix ». Peu importe qu'un enfant continue à gigoter pendant une

1. Nous remercions A. Carel d'avoir attiré notre attention sur ce triple niveau.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

séance de psychothérapie s'il a récupéré cette continuité de pensée qui est essentielle. L'exemple suivant montre l'articulation possible entre médicament et psychothérapie.

**Observation n° 13. Simon N.**

Simon, douze ans, présente une instabilité d'une rare intensité. Au cours des entretiens familiaux, il remue sans cesse, déplace la table avec son pied, fait courir ses doigts sur le dossier du fauteuil puis par terre, se mettant à quatre pattes sans se rendre compte de l'incongruité de la situation. Il se met les mains dans sa bouche, se tire sur les joues, s'affale sur le fauteuil en tripotant son Tamagoshi, etc. En classe, il ne manifeste aucune attention et n'apprend rien malgré des sanctions inutiles. Il ne sent pas ce que son comportement peut avoir d'inadéquat et estime qu'il a toujours raison. Si on le contredit, il se met à hurler immédiatement, voire à taper. Il prend alors un visage inquiétant de brute épaisse avec un regard haineux. Du fait de son comportement et de ses mauvais résultats scolaires, il a redoublé sa sixième. Puis en cinquième, il est renvoyé de son collège, alors que je le reçois en entretiens familiaux puis en entretiens individuels hebdomadaires depuis un an sans aucun résultat, ce qui est assez décourageant.

Tout d'abord, quelques mots sur l'histoire de Simon. Au moment de sa naissance et dans les années qui suivirent, sa mère, Mme N présentait un fonctionnement psychique obsessionnel dont elle mesure actuellement l'inadéquation. Elle se livrait à d'incessantes activités de rangement, ne supportait pas la moindre saleté, empêchait son fils d'utiliser certains jeux, se mettait en colère de manière excessive, et Simon était un enfant très passif et obéissant, paniqué lorsqu'il se tachait les mains en coloriant, si attentif à ne pas tomber pour ne pas se salir qu'il a présenté une marche tardive vers dix-huit – vingt mois, alors qu'il ne présentait pas de retard de développement. Mme N ajoute qu'elle n'a jamais joué réellement avec son enfant, et c'est toujours le cas actuellement. L'activité de jeu ne lui convient pas, dit-elle, même si elle a beaucoup d'humour et de dynamisme. Elle préfère passer un moment à discuter. Par ailleurs, Simon ne recherchait pas les câlins.

Les choses se sont fixées, si l'on peut dire, à l'âge de trois ans et demi, lors de la naissance d'un frère, Christophe. À cette période, le mari de Mme N lui annonce, en fin de grossesse, qu'il va la quitter car il fréquente une autre femme. Mme N est alors en proie à un effondrement dépressif. Elle entreprend rapidement un traitement psychothérapique qui, associé à des médicaments, lui permet d'être plus adaptée avec Christophe. Ceci entraîne une jalousie très importante de Simon qui constate que sa mère parvient à jouer avec son frère alors que lui n'a jamais bénéficié de cette forme d'attention.

La situation actuelle est donc catastrophique. Simon vient d'être renvoyé en cours d'année de son collège pourtant fort tolérant. Son père réagit de manière répressive, en lui faisant recopier trois cents lignes, et il pense que son fils doit s'en sortir uniquement « avec de la volonté ». Mme N est épuisée, déprimée par les affrontements perpétuels et l'incohérence gestuelle de Simon qui met la maison dans un désordre indescriptible. De plus, lors d'un week-end « orgiaque », Simon écrase de la banane sur les murs de sa chambre, étale des raisins partout, son copain invité urine sur le lit. La mère, qui a laissé faire, est effondrée. Simon est triste le dimanche soir. On peut dire qu'il a délégué à son camarade le rôle de triompher du Surmoi maternel, et que la mère a aussi délégué à Simon la fonction de triompher du Surmoi de sa propre mère. En effet, Mme N n'a jamais pu se permettre d'être en désaccord avec sa mère et c'est aussi pour cela qu'elle a entrepris un travail psychothérapique. Enfin, au cours des séances de psychothérapie, Simon ne fait que bouger, n'a aucune idée, ne parle pratiquement pas, ne dessine pas. Aussi décidons-nous de faire un essai de traitement avec de la Ritaline, essai retardé du fait des réticences du père. Simon devient rapidement beaucoup plus calme, ne se fait plus remarquer dans le nouveau collège qui l'a accueilli. Il a du plaisir à travailler. Surtout il montre rapidement des capacités associatives. C'est donc le moment où il me semble possible de tenter à nouveau un abord psychothérapique sous la forme de la construction d'un récit à deux, dont voici quelques extraits :

Premier récit raconté par Simon peu après le début de la prescription médicamenteuse : « Il était une fois un enfant appelé Maurice (mon prénom). Il montre à un magicien ses capacités de se défaire de chaˆnes. Le magicien l'embauche comme compagnon de route ». Nous voilà donc partis ensemble...

Récit ultérieur[2]. Un homme achète une montre dans une brocante parce qu'elle lui rappelait un film où une montre pouvait arrêter le temps. Elle empêchait tous les autres de bouger sauf soi. C'était donc une montre qui pouvait immobiliser les autres. Il se demanda s'il allait essayer. Il appuya sur le bouton droit, rien ne se passa. Il se dit « ça n'arrive qu'au cinéma ». Mais il essaya d'allumer la lumière, qui ne marcha pas. « Ce n'était plus lui qui commandait ». L'homme sursauta de son lit (sic) et se dit « quel affreux cauchemar ! ». Mais il trouva une montre qui n'était pas à lui devant son lit. Il ne savait plus s'il était dans le rêve ou la réalité, avec cette montre. Mais ça, on ne le saura jamais, au lecteur d'imaginer la fin.

Autre récit. Pour son anniversaire, un petit garçon reçoit un stylo à bille qui écrit tout seul. Sur ce cadeau est inscrit : « je suis le stylo qui ne fait pas de faute ». Le lendemain, il fait une dictée à l'école, parfaite, sans fautes.

2. Les phrases en italique sont prononcées par le thérapeute.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Il commande ensuite une ampoule pour avoir des idées, comme dans les bulles des bandes dessinées.

Le voilà avec une ampoule qui pense pour lui et un stylo qui écrit pour lui.

Un jour, il se rend compte que l'ampoule est cassée et que c'est lui seul qui a eu ces idées. En tenant le même raisonnement, il jette le stylo mais lorsqu'il rentre chez lui, il le retrouve dans sa trousse.

Il n'arrive pas à s'en débarrasser si facilement (je désigne là cette forme de forçage que sont les idées des autres à l'intérieur de soi). Il se dit : c'est incroyable, je crois le mettre dehors et il est toujours dans mes affaires.

Il essaie toutes les techniques possibles pour s'en débarrasser mais le stylo revient dès qu'il tourne le dos.

Il déclare au stylo qu'il peut se débrouiller seul, maintenant.

Le stylo n'est pas content et répond, amer : « donc tu me jettes ». Il tente le garçon en faisant ses devoirs à sa place. Mais l'enfant désire ne plus jamais le revoir, même s'il lui sera difficile de se passer de cette aide.

À la séance suivante, Simon vient volontairement en retard, ajoutant que pour aller au cinéma, il aurait été à l'heure. Je commente : « C'est comme avec le stylo et la montre : qui commande l'autre ? Qui impose son rythme à l'autre ? Peut-être que tu veux me faire sentir ainsi ce que tu as ressenti petit lorsque ta mère t'imposait son rythme ? » On peut aussi dire que dans le transfert, Simon me « jette », comme le stylo, d'autant plus que j'écris nos idées devant lui au fur et à mesure de la construction des récits.

Mais les traces de mode de pensée magique et les thèmes d'influence présents sont-ils seulement en relation avec le forçage parental ? On peut aussi comprendre autrement l'apparition de ce matériel, à partir du thème de « l'automate » (la montre, le stylo). L'instabilité psychomotrice est peut-être ressentie par Simon comme une sorte d'automatisme de répétition non contrôlable. Il est possible que l'effet de la Ritaline soit perçu de la même manière, comme un « automatisme d'apaisement » à l'intérieur de lui, lorsqu'il ressent l'action du médicament. Mais à la différence de l'automatisme « subi » de l'instabilité psychomotrice, Simon peut tenter de symboliser, par le récit, l'action de la Ritaline à l'intérieur de lui, l'espace thérapeutique qui lui est proposé, et la manière dont la Ritaline et le récit à deux rétablissent une fonction temps et une fonction continuité de pensée.

Les récits suivants nous amènent dans un registre différent.

Autre histoire. Il était une fois deux frères de vingt-quatre ans qui avaient acheté un appartement soi disant hanté.

L'un dit : « je n'y crois pas, je ne suis pas superstitieux ».

Il n'eut pas le temps de finir sa phrase qu'il entendit un bruit venir de dessous le lit. Un rat surgit, revêtu d'un habit blanc lui donnant l'allure d'un fantôme. Un des frères prit un couteau de cuisine et lui coupa la tête. Plusieurs petits rats sortirent de son corps, coururent dehors et furent écrasés par des voitures. En fait, tous les petits rats étaient collés ensemble, ce qui donnait la forme d'un gros rat. Lorsqu'on coupe la tête, ils se dispersent, et se font écraser parce qu'ils ne voient plus étant donné qu'ils ne sont plus reliés au rat qui formait l'œil.

Autre récit. Il était une fois un chien à deux têtes, une devant, une derrière, qui se promenait dans la rue. Une des têtes voulait aller à la boulangerie, l'autre à la charcuterie.

Chaque tête tirait dans son sens si bien que le chien ne bougeait pas.

Les deux têtes se regardent.

Chacun se dit : « si j'étais libre de mes mouvements »

Les deux chiens se mettent d'accord pour aller d'abord à la boulangerie puis à la charcuterie. Mais ils trébuchent sur une lampe magique. Il faut la frotter avec sa patte et un génie sort qui leur donne droit à un seul vœu.

« On veut être séparés ».

Sans hésiter, et ils sont séparés, ils sont deux chiens libres.

Comme pour les rats, on est face à une séparation à partir d'un corps unique, mais au lieu que chacun s'éparpille et se fasse écraser, Simon trouve une autre solution.

Simon : Les deux chiens se regardèrent en même temps et se dirent « c'est mieux comme ça ».

Ils avaient chacun leur derrière à eux.

Ils vont séparément en boulangerie et en charcuterie.

Allaient-ils enfin vivre chacun pour soi ?

Une fois leur festin fini chacun de leur côté, ils se retrouvèrent sur la place et l'un dit « quand même, mon ami, tu me manques ». Le premier dit « ce n'est pas parce que notre corps est divisé en deux que notre amitié aussi est divisée en deux », et ils repartent contents tous deux chez eux.

Dans une histoire ultérieure, les chiens relient leurs deux maisons par un tunnel, ce qui leur permet de se retrouver et d'être heureux, tout en ayant un domicile séparé. On voit donc apparaître un nouveau mode de séparation et de limite qui est le tunnel, au lieu du collage total par le corps (comme les rats) ou par les fesses (comme les chiens).

Séance se situant peu avant la fin de la psychothérapie : apparition du câlin. Ce jour, Simon n'a pas d'idée après dix minutes de réflexion. Tout se passe bien chez lui, pour le moment. Je lui propose la phrase suivante.

Il était une femme qui venait d'avoir un bébé et qui le tenait contre elle.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Simon réfléchit, et pour la première fois, il entre dans l'histoire sur un rythme lent. « Le bébé n'arrêtait pas de pleurer ».

Sa mère se mit alors à le bercer.

Simon réfléchit beaucoup pendant cinq minutes, puis : «... en lui chantant une berceuse qu'on lui chantait quand elle était petite. »

Le bébé, enveloppé par la musique, se calma.

Sa mère le posa dans un endroit pour qu'il puisse dormir et elle resta à côté de lui.

Il s'endormit car il sentait la présence de sa mère pas loin. Cette dernière lisait tranquillement un roman.

Le père de l'enfant arriva, embrassa son fils et sa femme. Le bébé se réveilla et regarda autour de lui et vit le monde réel.

Ca lui allait.

Sa mère approcha de lui et le prit dans ses bras. Son père arriva et le prit à son tour dans les bras.

Le bébé souriait en regardant l'un puis l'autre.

Ceci dura deux minutes. Au bout de deux jours, la famille au complet, quitta la maternité et rentra dans sa propre demeure.

Dans cette scène un peu « à l'eau de rose », deux éléments apparaissent : le câlin et la constitution d'un couple uni autour d'un enfant, c'est-à-dire l'inverse du maternage et du divorce vécus par Simon.

À la fin de la psychothérapie, Simon va bien, a acquis le sens de l'humour, peut se lier de manière adéquate avec les autres. Sa moyenne est de quatorze sur vingt à l'école. Lorsqu'il à tendance à redevenir agité, il s'en rend rapidement compte et peut alors se contrôler. La dose initiale de Ritaline a pu être diminuée des deux tiers au bout d'un an de psychothérapie. À dix-neuf ans, Simon donne de ses nouvelles. Il a arrêté le traitement médicamenteux sans difficulté, a passé son baccalauréat avec mention, fait actuellement des études supérieures, et il a de nombreux camarades. Il demeure craintif par rapport à son père très autoritaire. Cependant depuis qu'il est majeur, il n'est plus obligé d'aller chez M. D à des moments fixes, et par conséquent, il se sent moins sous son emprise.

Nous ne développerons pas ici les nombreux thèmes qui traversent ces récits : la manière dont Simon ressent l'emprise de sa mère sur son corps et sur son psychisme ; la question de la dépendance ; celle de la symbolisation des limites (l'objet est-il à l'intérieur de soi ou à l'extérieur de soi ? D'où vient le mouvement, qui le commande ?) ; l'apparition du « merveilleux » en référence aux travaux de E. Pickler (cités par M. David, 1997) et de D. Meltzer (1985), la présence récurrente du thème du double (deux magiciens, deux frères, deux

chiens). Ce que nous voulons essentiellement souligner, c'est comment l'utilisation de la Ritaline a permis qu'une capacité de fantasmer et d'associer se mette en route chez cet enfant.

Personne ne peut affirmer avec certitude l'origine du mieux-être des enfants ainsi pris en charge. Parce qu'une psychothérapie est plus vivante qu'une molécule, demande plus d'efforts partagés, on aimerait lui donner la préséance et considérer la Ritaline comme seulement un appoint. En réalité, nous pouvons simplement constater que nous formons un couple indissociable, un peu contre nature, mais nous avons appris à cohabiter avec ce psychotrope. D'après un travail récent, il semble que l'association Ritaline-psychothérapie donne de meilleures chances d'évolution favorable que chacun de ces traitements proposés séparément (Saiag M.C., 2001). Pour notre part, nous considérons que notre pratique et nos connaissances vont encore beaucoup évoluer dans les années à venir et que nous penserons probablement différemment certains points développés ici, comme nous allons le constater maintenant.

## RÉFLEXIONS SUR L'INCERTITUDE

### À propos de l'instabilité[3]

> « Je sais que je ne sais pas ce que je ne sais pas. J'envie ceux qui sauront davantage, mais je sais qu'ils auront tout comme moi à mesurer, peser, déduire et se méfier des déductions produites. Faire dans le faux la part du vrai et tenir compte dans le vrai de l'éternelle admixtion du faux. Je ne me suis jamais entêté à une idée par crainte du désarroi où je tomberais sans elle (...).Je me suis gardé de faire de la vérité une idole, préférant lui laisser son nom plus humble d'exactitude » Zénon, in *L'Œuvre au Noir*, Marguerite Yourcenar.

Le titre de ce chapitre pourrait être « Réflexions sur la méthode ». Plus j'ai d'expérience dans le domaine de la prise en charge des enfants instables psychomoteurs, moins j'ai de certitudes concernant ce qui peut être considéré comme généralisable. Je ne sais jamais

3. Extrait d'une conférence prononcée au colloque "Hyperactivité, défaut d'attention" (Lille, 2003).

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

si mon savoir va servir pour le nouvel enfant que je vais prendre en charge. J'ai le sentiment que pour 50 enfants, il faut inventer 50 cadres thérapeutiques particuliers et avoir recours à 50 théorisations. Attention, ce que je dis n'est pas une position de castration du genre : « Ah la la, vanité des vanités, on sait si peu de chose, on est si peu de chose, alors pensons, il n'y a que cela qui nous reste, qui atténue en l'anoblissant notre sentiment de relativité ». Trop facile de s'exhiber comme étant un très grand châtré. Mon modèle serait plutôt l'incertitude comme stimulant pour se désabriter et se forcer à aller vers l'inconnu. Les exemples cliniques suivants aideront à comprendre ma perplexité actuelle.

## *Trois exemples*

**1 – Observation n° 14. Suzanne.**

Suzanne, neuf ans, présente une très grande instabilité psychomotrice. Son hyperkinésie est telle qu'elle donne envie de pratiquer la psychotaxidermie, et ses troubles de l'attention sont aussi massifs. Elle a passé les sept premiers mois de sa vie dans une pouponnière où il y a une auxiliaire de puériculture pour six enfants, chiffre habituel, avec des roulements du personnel, mais surtout sans temps de relation individuelle : tous les soins et échanges ont lieu en présence des autres bébés. Un grand nombre de nourrissons qui font un séjour supérieur à cinq mois dans ce genre de pouponnières présentent une instabilité dont on a tout lieu de penser qu'avec une telle fréquence, elle n'est pas d'origine neurologique ou génétique. Il faut ajouter à cela qu'après avoir été placée en famille d'accueil à huit mois, Suzanne a été confiée des week-ends entiers à sa mère qui buvait, fréquentait des concubins violents, et qui était peu capable de s'identifier aux besoins d'un enfant, ayant auparavant abandonné ses trois premiers fils. Ce holding défectueux nous amène à considérer son instabilité comme étant la manifestation d'une désorganisation psychosomatique précoce.

À l'hôpital de jour où elle est prise en charge, Suzanne bénéficie d'un entretien individuel de quarante-cinq minutes, cinq jours par semaine, avec son éducatrice référente. Les contacts avec sa mère sont protégés : ils n'ont lieu qu'à l'hôpital, sous la forme de visites médiatisées par ma présence et celle de l'éducatrice. Suzanne progresse : au bout de quatre ans de soins, elle parvient à mettre en scène des scénarios dans lesquels elle symbolise ses théories sur la conception, sur l'abandon. Elle est davantage capable de se représenter ses mouvements pulsionnels, d'en parler, de mesurer les difficultés relationnelles qu'elle rencontre encore. Exclue de l'école peu avant son admission à l'hôpital de jour, elle passe en CM 2 sans retard scolaire. Mais son hyperkinésie et son déficit d'attention persistent, inchangés, même si elle arrive à se les représenter un peu

plus : à certains moments, elle se tient les bras lorsqu'elle sent qu'elle s'agite trop, ou s'éloigne de la table quand elle ne peut pas s'empêcher de tripoter tous les objets au cours du repas. Les progrès scolaires ne peuvent se poursuivre que grâce à la prise de Ritaline, à grosses doses, réparties à la demi-heure près, ce qui rend aussi Suzanne moins épuisante pour sa famille d'accueil. En entretien individuel, elle raconte un scénario dans lequel elle imagine l'histoire d'un élève qui, en classe, perturbe un autre enfant qui travaille. L'enseignant intervient pour exclure le perturbateur. Parmi les lectures possibles de ce scénario, l'une d'elles est que Suzanne tente ainsi de se représenter l'instabilité qui l'agite de l'intérieur comme un automate : l'enfant perturbateur représente son hyperkinésie, l'élève appliqué représente la partie d'elle qui est perturbée par l'hyperkinésie, et l'enseignante est la partie d'elle qui tente de contrôler l'hyperkinésie et la difficulté d'attention. On peut remarquer au passage l'aspect persécuteur de l'instabilité.

Avec Suzanne, on se trouve confronté à ce que C. Smadja (1998) nomme l'aspect anachronique du symptôme psychosomatique, qui, dans un tel contexte, devient autonome, évolue indépendamment des modifications heureuses de l'environnement, de la vie pulsionnelle et des instances psychiques. C'est une des formes de ce que nous appelons l'instabilité « entité ». L'équipe, quand même étonnée par la persistance de ce trouble avec une telle intensité, cherche d'autres facteurs. Suzanne est née prématurée, à trois semaines du terme, et son poids était de 1 kg 600. Sa mère buvait beaucoup pendant la grossesse, mais Suzanne ne présente pas l'aspect physique des enfants qui ont un syndrome d'alcoolisme fœtal et elle n'a pas la déficience intellectuelle habituellement liée à ce syndrome. Ou plutôt, ses difficultés intellectuelles étaient d'origine psychogène puisqu'après trois ans de soins, son QI est passé de 74 à 94. Pour le moment, nous ne sommes pas capables d'en dire plus.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

### 2 – Observation n° 15. Claire.

Claire a quatre ans lorsque ses parents viennent en consultation avec elle. Elle est très agitée, passe d'une activité à une autre, d'un objet à un autre, a des troubles de l'attention en classe maternelle et à la maison. Son instabilité est moins importante que celle de Suzanne, mais cependant bien réelle. Ces troubles sont apparus il y a sept mois après la naissance d'un petit frère. Devant moi, Claire débite des feuilles de dessin en faisant quelques pointillés sur chacune d'elles, et en passant tout de suite à la suivante. Il n'y a aucun dessin de valeur représentative. Quand je lui demande s'il y a des choses qui lui font peur, elle évoque des terreurs nocturnes au cours desquelles elle a très peur d'un crocodile qui viendrait l'attaquer. Elle prend alors des petits personnages, et l'un d'entre eux

amène tous les autres membres de la famille à l'hôpital pour leur faire des piqûres afin de les punir. Ce même personnage est ensuite attaqué la nuit par des crocodiles.

Les « autres » membres de la famille à l'hôpital, cela évoque la maternité. Claire est d'accord quand je dis que le personnage est menacé de mort par le crocodile parce qu'il a eu envie de tuer le reste de la famille, et j'ajoute que ce personnage est peut-être comme elle, en colère contre ses parents et son petit frère. Mais à ma surprise, elle ajoute qu'elle aurait aimé que ce soit elle qui ait le bébé et qu'elle le fasse avec son papa. Elle ne voit pas pourquoi cela serait impossible, elle se trouve assez grande pour cela. L'état de Julie s'améliore au bout de trois consultations, et le père considère qu'elle va alors suffisamment bien pour arrêter les entretiens, alors que je souhaiterais les continuer. En effet, il y a quelque chose d'inhabituel : Claire exprime sa colère et ses désirs œdipiens de manière directe, sans refoulement ni déplacement. L'autre point, c'est que je ne sens pas de mouvement transférentiel à mon égard, alors que je suis un homme. C'est comme si cette fillette se contentait de me montrer quelque chose, qui reste incompris, et j'ai le sentiment d'un processus thérapeutique inachevé. J'ai l'intuition que Claire fera plus tard un métier tournant autour de la séduction. Pour moi, elle a présenté, à 4 ans, une instabilité « symptôme » traduisant une excitation mal contenue, avec une structure névrotique.

Lorsque Claire a douze ans, le père demande à nouveau un rendez-vous. C'est un homme bourru, peu causant, qui n'a rien de séducteur. Je suis devant une préadolescente calme, son agitation a disparu. Sa scolarité se déroule bien. Comme je l'avais prévu, elle veut devenir esthéticienne. Ce qui est étrange, c'est qu'elle est triste depuis la mort de son grand-père maternel, il y a deux ans et demi. Elle l'a peu connu, n'a aucun souvenir de lui, mais elle pleure à l'idée qu'elle ne le verra plus. La mère, elle, pleure sans arrêt ce grand-père et semble prise dans une sorte de deuil prolongé et pathologique. Tout d'abord, j'ai pensé que Julie avait déplacé ses désirs œdipiens sur ce grand-père, et que c'est au moment de sa mort qu'elle s'était confrontée à un travail de renoncement. Mais je pense plutôt à une sorte d'œdipe maternel « importé » chez la fille. Cela fait l'objet d'une construction historique, plus adaptée qu'une interprétation. Au rendez-vous suivant, Claire est beaucoup moins triste. Elle explique que lorsqu'elle pense à son grand-père, c'est de manière différente : elle se remémore des souvenirs agréables, les bons moments passés avec lui, et ne pense que très peu à son décès. Par ailleurs, elle a refusé d'aller avec sa mère, qui continue à pleurer, sur la tombe de ce grand-père à l'occasion d'une réunion de famille.

**3 – Observation n° 16. Aurélien.**

Aurélien, dix ans, présente une hyperkinésie apparue dès l'âge de la marche et un déficit d'attention, qui vont peut-être l'amener à redoubler son CM 1. Il craint l'échec, est susceptible, ne fait que des jeux répétitifs ou physiques : jouer au foot, mais seulement à deux, et il essaie sans cesse d'organiser et de diriger les jeux lorsqu'il est avec ses amis. Ses parents disent que tout se passe bien si on ne lui demande rien, sinon c'est un problème pour tout, se brosser les dents, etc., comme si, pour lui, l'autre était forcément intrusif. Il peut rester seul sans peur à la maison, mais il a fréquemment des cauchemars où apparaissent des personnages terrifiants qu'il a vus à la télévision. Ses parents ajoutent qu'il est créatif dans ses réparties, mais n'aime pas partager ses sentiments. Ils sont inquiets, et même abattus, car ils constatent la différence avec leurs deux autres enfants qui sont sociables.

Au cours de plusieurs entretiens familiaux, je vais explorer l'histoire de bébé d'Aurélien, et l'histoire d'enfant de chacun des parents. Il y a peu de choses à se mettre sous la dent, un baby blues banal de quelques jours pour la mère, peu après la naissance. C'est tout. Ah si, deux éléments : la mère se rappelle qu'elle bougeait énormément jusqu'à l'âge de huit ans, le père dit la même chose de lui, ce qu'il rattache au laxisme éducatif de ses parents qui le laissaient faire ce qu'il voulait. J'explore alors précisément les premières années d'Aurélien de manière à évaluer s'il a été soumis à une discontinuité dans le maternage, comme c'est le cas pour certains enfants élevés par des parents eux-mêmes très instables. Il n'y a apparemment rien eu de cet ordre. Les parents ont actuellement des principes éducatifs clairs, sans laisser-aller, ni forçage. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de me trouver dans ce genre de contexte : j'ai mené ainsi des entretiens familiaux pendant des mois ou des années, avec une attention particulière portée aux mouvements transférentiels des parents à mon égard, aux interactions entre parents et enfants, sans pouvoir repérer quoi que ce soit de pathologique, de significatif. Plus exactement, je trouvais toujours chez chaque parent un peu de matériel allant dans le sens d'une hypothèse psychologique, car tout être humain a au minimum un petit aspect névrotique en lui. Qui peut prétendre avoir tout symbolisé de sa pulsionnalité et n'avoir aucun conflit intrapsychique ? Et dans toutes les familles, il y a des moments de tension. Mais il n'était pas possible d'établir de corrélation entre les difficultés observées et les troubles de l'enfant. Ajoutons que tout parent d'enfant instable est un peu forçant, mais qui ne le serait avec un enfant qui renâcle à apprendre ?

Encore un élément : Madame a comme loisir préféré de participer à un groupe de percussions brésiliennes. Faut-il se précipiter sur ce détail pour dire que son enfant a dû mettre en place les processus autocalmants décrits par G. Szwec (1993) ? En tout cas, dans mon bureau, cette mère est calme, proche de ses affects, elle habite son corps sans

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

excitation. Allons jusqu'au bout du raisonnement, nous avons encore un joker dans notre jeu psychanalytique : et si elle avait un fonctionnement clivé, cette mère, calme en consultation, non contenue et excitée avec son enfant ailleurs ? Voilà comment un psychanalyste arrive toujours à avoir raison... ou en tout cas, ses raisons. On aurait plusieurs moyens de valider ou d'invalider cette hypothèse du clivage. Le premier, ce serait des entretiens familiaux maintenus dans la durée, et le clivage apparaˆtrait forcément. Le second moyen, ce serait le matériel que l'enfant apporterait en prise en charge, qu'il s'agisse d'une thérapie psychomotrice ou d'une psychothérapie, et qui montrerait comment il a construit sa vie psychique face à une mère clivée. Mais dans cette situation, je n'aurai pas accès à la vie psychique d'Aurélien. Il m'a été adressé par une psychothérapeute compétente et motivée, à cause de l'échec de la psychothérapie qu'elle a entreprise. Avec moi, il refuse de dessiner, mais aussi de faire un récit à deux. J'amorce une phrase neutre : « Il était une fois un enfant qui était parti se promener ». Au lieu d'articuler ce début avec une phrase venant de lui, comme je l'y invite, il me répond immédiatement : « J'ai horreur de ces jeux-là ». Il préfère qu'on lui pose des questions, ou « inventer » sur une Game Boy. D'après mon expérience, je pense que le dispositif qui l'aiderait le plus à s'approprier sa vie psychique, si l'enjeu est là, serait peut-être sa participation à un groupe de marionnettes ou à un groupe de jeux de rôle, comme nous en proposons aux enfants qui refusent la relation duelle avec un adulte.

Ce n'est pas réalisable car cet enfant habite à 200 kilomètres. Aucun médecin proche de son domicile n'a accepté de lui prescrire de la Ritaline après l'échec de la psychothérapie, malgré le risque d'un échec scolaire. J'effectue cette prescription, et très vite Aurélien devient beaucoup plus calme, ce que remarquent même les amis de la famille. Il est actuellement en CM 2, n'a pas de problèmes de comportement, ses cahiers sont bien tenus, il retient facilement ses leçons, fait ses devoirs seul le soir. Il n'a pas plus de capacités fantasmatiques ou de plaisir à associer en ma présence. Sur ce point, son fonctionnement ne s'est pas modifié. Mon hypothèse actuelle est qu'il présente une instabilité psychomotrice d'origine neurobiologique.

On comprend mieux maintenant pourquoi « 50 enfants, 50 cadres thérapeutiques, 50 théorisations ». Corollaire de cette affirmation : a-t-on légitimité pour parler des enfants instables psychomoteurs si l'on n'a pas une pratique clinique engagée avec eux ? Et si on a cette pratique, comment en parler ? Il y a peu de circonstances cliniques qui permettent autant de théories causales. Le symptôme « hyperkinésie », pour ne prendre que celui-là, concerne le mouvement, qui est à la fois un des modes de réaction les plus archa¨ques, un des

modes de communication les plus élaborés, une manière d'exprimer une tension psychique, et enfin le mouvement est un des modes de dysfonctionnement les plus fréquents lorsqu'existe un trouble neurologique. Pour Suzanne, on peut penser à une désorganisation psychosomatique des premiers mois de la vie avec une persistance anachronique de ses conséquences. Claire présente une excitation qui n'a pas de sens symbolique dans sa forme, qui semble liée à un conflit entre ses instances psychiques, mais qui est peut-être également le fruit d'un processus transgénérationnel. Pour Aurélien, le trouble semble être d'origine neurophysiologique. Etc.

Comment penser face une telle complexité ? De plus, tous les degrés d'instabilité psychomotrice peuvent être observés, depuis une gêne légère jusqu'à un véritable handicap. Et par ailleurs, il y a probablement des enfants pour lesquels *différentes causalités sont intriquées*. Et certains enfants ne peuvent penser qu'en bougeant, alors que d'autres n'y parviennent que s'ils arrêtent leur mouvement. *Il est nécessaire de renoncer à l'illusion qu'une seule théorie peut expliquer toutes les formes d'instabilité*.

Ces constatations soulèvent de nombreuses questions. Nous nous contenterons ici d'en évoquer deux. Quelle est notre attitude face à cette complexité ? Quelles sont les implications cliniques et thérapeutiques liées à la différence entre instabilité d'origine neurologique et instabilité d'origine psychique ?

## *Théorie ou idéologie ?*

*Nos théorisations sur l'instabilité* révèlent à quel point nous sommes tentés en permanence par des raisonnements trop simples, souvent même idéologiques. Plusieurs éléments nous y convient :

- *Le leurre du langage*. Il est tentant de penser que parce que de nombreux enfants savent bien parler, leurs symptômes ont une valeur représentative et symbolique.
- *Les biais de recrutement*. Un service de pédopsychiatrie ou une consultation de psychologie de l'enfant ont un aspect « attracteur » de la souffrance parentale et familiale : on enverra plus facilement vers un tel lieu un enfant qui présente une instabilité psychomotrice et dont la mère est dépressive, ou dans la famille duquel existe une forte conflictualité, ou qui vient de subir le divorce agité de ses parents. Le consultant peut conclure qu'il existe une relation

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

entre instabilité et troubles des relations familiales, alors que c'est *la modalité d'adresse* et donc la théorie implicite de l'« envoyeur » qui sont en cause. Ceci est apparu nettement dans le deuxième temps de notre recherche. Dans le premier temps effectué avec M. Ramelli et B. Ropers, nous avions constaté que sur 60 enfants pris en charge, 54 avaient été soumis à des interactions précoces perturbées, qu'il se soit agi d'un milieu familial chaotique, d'une dépression maternelle importante, de parents en permanence dans le forçage, de mères très « énervées ». Pour seulement six d'entre eux, nous pouvions évoquer un trouble neurologique « pur ». Dans un second temps, après la parution de notre livre en 1999, des collègues qui ne nous adressaient pas d'enfants jusqu'alors nous en ont envoyés beaucoup qui n'avaient apparemment pas subi d'interactions précoces défectueuses, et pour lesquels le diagnostic d'instabilité d'origine neurodéveloppementale pouvait être évoqué. Les proportions citées lors de notre premier temps de recherche sont donc probablement inexactes.

D'une manière générale, les causalités proposées sont trop simples, elles ont un aspect mécanique, répétitif, nous l'avons constaté à propos de la dépression maternelle. 30 % des enfants pris en charge dans notre premier temps de recherche avaient été confrontés à une dépression maternelle précoce importante, ayant nécessité la prescription d'antidépresseurs et un arrêt de travail. Ce genre de dépression maternelle est donc un élément causal probable. Mais l'hypothèse souvent énoncée selon laquelle l'enfant, en bougeant beaucoup, essaie d'avoir une fonction d'antidépresseur pour sa mère, est beaucoup trop simpliste, et il nous paraˆt plus exact d'évoquer un échec de l'animisme primaire infantile entraˆnant une désorganisation somato-psychique primaire[4]. Les généralisations théoriques à partir de certaines situations cliniques sont excessives ; on conçoit qu'une situation comme celle de Claire pourrait donner lieu ainsi à une extrapolation erronée. La valeur d'une conceptualisation dépend des limites qu'on lui reconnaˆt. Et on aurait intérêt à donner autant de valeur à la non-validité de nos théorisations en cas d'échec thérapeutique qu'à leur validité en cas de réussite. Et si nous étions intellectuellement brillants, mais un peu paresseux ? Et si nous nous satisfaisions trop facilement de « la théorie de l'inconscient

4. Voir p. 71.

maternel », toujours à portée de main ? Qu'il est difficile de renoncer à l'euréka. Le philosophe C. Castoriadis a dit une phrase forte : « ou on se repose, ou on est libre ». Dit autrement, ou on se repose sur les idées « établies » et on ne progresse pas, ou on se donne la liberté de les remettre en cause lorsqu'elles ne correspondent pas à la clinique, et l'on découvre à nouveau, fut-ce au prix d'une certaine solitude.

Résultat, nous sommes arrivés à une sorte d'empilement de théories, chacun voulant mettre la sienne sur le dessus de la pile. Oui, l'imprévisibilité des parents, leur dysrythmie, leur dépression, leur agitation, parfois leurs traits psychotiques, peuvent être à l'œuvre, mais la question demeure toujours : de quelle manière ? Et tant qu'on n'a pas tenté d'entreprendre un travail précis avec les parents sur leur histoire, sur la manière dont ils peuvent contenir leurs affects, on ne peut pas en dire plus.

Et si la passion, sous la forme de l'idéologie, l'emportait parfois sur la raison ? Un bon indicateur du fonctionnement idéologique, c'est le positionnement par rapport à la Ritaline. En voici quelques exemples. À propos de la première édition de cet ouvrage, un psychanalyste réputé nous a écrit qu'il était d'accord avec les descriptions des processus thérapeutiques proposés, mais qu'il était opposé à l'utilisation de la Ritaline, car selon la théorie psychanalytique, si on fait disparaˆtre l'instabilité, d'autres symptômes vont apparaˆtre à sa place étant donné les principes du fonctionnement psychique. Nous lui avons répondu que depuis 1975, date de notre première prescription, nous n'avons jamais observé un tel déplacement de symptômes, ce qui signifie que la théorie psychanalytique est incomplète. On constate là comment la théorie peut primer sur la réalité, et on peut dire que certains psychanalystes ne jouent pas au jeu de « à toi, à moi », et ne laissent pas leur pensée être modifiée par l'autre[5].

On entend aussi que la Ritaline va supprimer l'expression de la conflictualité intrapsychique. L'observation de Simon (n° 13) montre l'inverse. On affirme également que ce médicament crée une dépendance, alors que ce n'est pas prouvé. Un article récent de F. Bange et M.C. Mouren-Siméoni (2003) montre que ce traitement n'entraˆne pas de retard staturo-pondéral et ne provoque pas de dépendance, sauf dans quelques rares cas d'adultes polydépendants ayant une personnalité

5. Voir p. 116, 82.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

très addictive, mais il ne s'agit pas d'enfants instables. C'est aussi notre constatation. On est frappé par le fait que les psychanalystes belges, luxembourgeois, québécois, considèrent que l'utilisation de la Ritaline n'est pas un problème en soi, et peut éventuellement leur faciliter la tâche et aider la scolarité de l'enfant. Notre passion de la certitude et notre phobie de l'incertitude nous empêchent de maintenir en nous la tension étiologique permanente qui me paraˆt pourtant nécessaire. Pourquoi est-il si difficile de reconnaˆtre que dans certains cas, on ne sait pas... *pour le moment,* ce qui change tout. Pourquoi est-il si difficile de s'empêcher de proposer des théories bouche-trou ? On pourrait penser qu'au contraire, *moins on a de certitudes, plus on devrait avoir de rigueur*.

Mais il y a une manière inverse de raisonner qui pose autant problème et qui est assez rusée. Elle consiste à reconnaˆtre que dans un certain nombre de situations, on ne sait pas. Centrons-nous donc seulement sur le transfert, les processus, et travaillons avec cela. Ce travail sur les processus permet une pensée foisonnante que je ne dénigre pas, mais laisse volontairement en plan des éléments du cadre qui sont pourtant essentiels : la causalité et la famille.

Peut-on parler d'allergie à la causalité ? La psychanalyse française a une difficulté certaine à affronter la réalité. Le fait que la réalité existe est en soi traumatique. Certes, nous savons qu'elle n'est pas donnée comme telle, que le sujet l'interprète en fonction de ses propres mouvements pulsionnels d'une manière qui se modifie au cours de son histoire, etc. Mais il y a des réalités biologiques et environnementales qui s'imposent au sujet, en ne lui laissant que peu de possibilités de reconstructions personnelles autres que des défenses secondaires. Et il y a une manière d'évacuer la question de la causalité qui consiste à se livrer à un slalom autour de la réalité, slalom que l'on pense élégant, sans se rendre compte que l'on accroche tous les piquets. Et si être psychothérapeute était pour certains le symptôme d'un défaut dans les capacités d'accepter de la réalité ?

Pour introduire la suite de notre propos, il faut rappeler que le psychisme humain a besoin de causalités, et si on ne lui en fournit pas, il en sécrétera lui-même ; et que la représentation de la causalité n'est pas la même du point de vue du soignant, du point de vue des parents, et du point de vue de l'enfant.

## Instabilité d'origine neurologique et/ou d'origine psychique ? Conséquences cliniques et thérapeutiques

Dans le premier temps de notre recherche, nous avons considéré que cette question devait être laissée en suspens, de manière à ne pas être encombré par les « savoirs officiels ». Actuellement, même si nous ne sommes pas capable de donner une réponse précise dans un certain nombre de situations, il nous paraˆt impossible d'esquiver cette interrogation, parce qu'elle en ouvre d'autres :

- Interprète-t-on différemment une discontinuité de la pensée selon qu'elle est liée à un processus neurologique ou à un empiétement de l'environnement ? Non, car dans le registre du vécu infantile le plus archa¨que, une discontinuité subie par le sujet est une discontinuité, qu'elle soit d'origine externe ou interne. Oui, car dans la temporalité du traitement, certains mouvements transféro-contre-transférentiels nécessitent d'être référés à des imagos parentales précises.
- Quels effets peuvent avoir la discontinuité, l'hyperkinésie, le trouble de l'attention, sur la perception ? De quelle manière l'instabilité peut-elle empêcher le sujet d'éprouver une fixité perceptive sensorielle assez durable pour éprouver un « état » en général ? Comment le sujet instable peut-il avoir du plaisir à percevoir, à voir, à entendre, à sentir l'objet, double et miroir de soi (R. Roussillon), etc. ? On peut imaginer à quel point la constitution de la rythmicité, de la temporalité, et par là même de la chronologie, peuvent être perturbées, et comment on peut glisser vers des troubles identitaires de type dysharmonie psychotique.
- Quel effet peut avoir une telle discontinuité sur la possibilité de se représenter un monde invariable, et de quelle manière l'inconnu devient-il essentiellement angoissant au lieu d'être objet d'un plaisir curieux ?
- Y a-t-il une clinique ou des indicateurs biologiques qui puissent nous aider à différencier si l'instabilité d'un enfant est d'origine organique ou d'origine psychique ? La précocité de l'apparition de l'hyperkinésie n'est pas un critère, ni même l'anamnèse.
- Quel type de travail familial envisager suivant l'origine supposée du trouble ? Nous pouvons faire à ce propos les remarques suivantes :
  - *Lorsqu'on se trouve face à des interactions familiales qui ont pu provoquer ou qui entretiennent l'instabilité*, on est dans un contexte de thérapie familiale classique, pas forcément simple,

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

et dont on sait qu'il ne produira pas forcément d'effet sur le symptôme instabilité. Ce dernier peut en effet évoluer de manière autonome et anachronique après son apparition.

– Dans certains cas, *lorsque la causalité est indécidable*, il nous arrive de dire aux parents qui nous questionnent à ce sujet, que nous ne savons pas, et de leur indiquer qu'il existe des instabilités d'origine biologique, et d'autres qui peuvent être liées à des moments de dépression importante des parents lorsque leur enfant était bébé, ou à d'autres causes relationnelles que nous détaillons. Pensent-ils qu'il a pu se passer des événements de cet ordre pendant que leur enfant était petit ? Dire aux parents qu'on ne sait pas et leur proposer de réfléchir ensemble *est déjà un cadre de travail familial.* Dans ce mouvement, les questions qu'on peut leur poser sur leur histoire personnelle sont peu persécutantes. Alors que lorsqu'elles sont posées sans que les parents sachent ce que l'on cherche, quelles sont nos intentions, l'imago du parent mauvais, inadéquat, risque d'infiltrer toute la relation avec le thérapeute, et elle est elle-même à l'origine de processus défensifs. Si nous présentons explicitement notre perplexité, nous constatons que les parents se mettent à réfléchir et que quelques entretiens plus tard, ils vont nous livrer des éléments d'histoire précieux auxquels nous n'aurions peut-être pas eu accès autrement. Encore faut-il que l'on accepte de considérer que *les entretiens familiaux sont un des pivots indispensables* pour lier la théorie, la clinique, et la prise en charge.

– Lorsque nous ne trouvons rien d'explicatif au niveau familial et lorsque cela nous semble le plus logique, il nous arrive d'*indiquer à des parents que le trouble de leur enfant est probablement d'origine neurologique*, origine encore mal précisée. Il s'agit alors d'un diagnostic par élimination des autres causes. Les premières fois, nous redoutions « d'étiqueter » l'enfant, c'est-à-dire de fixer son image dans l'esprit de ses parents. Notre crainte était que ces derniers n'excluent alors toute possibilité évolutive malgré nos informations à ce propos, ne se dépriment, ou ne basculent vers un mode d'éducation « rééducatif et technique ». Au contraire, nous avons observé un soulagement chez ces pères et mères, qui comprenaient mieux les difficultés de leur enfant, et leurs propres mouvements de bascule d'une attitude de forçage à une attitude de désinvestissement. Ce que les parents peuvent alors

mettre en place psychiquement, c'est un « bon renoncement », c'est-à-dire une acceptation du trouble de l'enfant au lieu de lutter en permanence contre : le parent peut mieux tolérer l'inévitable, prêter moins d'intentionnalité à l'enfant, se sentir moins persécuté par lui, plus s'identifier à lui, et donc mieux l'étayer. Mais les parents ne peuvent penser ainsi que s'il leur est proposé en même temps une écoute et un engagement relationnel du professionnel sur le long terme, professionnel qu'ils pourront revenir rencontrer pour faire le point ou exprimer leur lassitude.

Un autre aspect intéressant de la désignation claire de l'aspect neurodéveloppemental du trouble, lorsqu'on pense que c'est le cas, est *un effet de désintrication*. Tout trouble du développement chez un enfant, encore plus quand il concerne la communication ou l'apprentissage sans atteinte intellectuelle prédominante, peut avoir un effet déstabilisant sur les zones de fragilité psychique ou conflictuelles préexistantes chez les parents. Il se crée alors un effet de « précipitation » au sens chimique du terme, où se mêlent culpabilité consciente et inconsciente, angoisse, colère projective contre l'autre parent sous l'effet d'une actualisation des imagos parentales des pères et mères. Resituer l'origine du trouble dans sa dimension neurologique dégage les parents de cette confusion. Et, heureuse constatation, nous avons observé que *le champ était alors plus ouvert pour un authentique travail psychanalytique familial dans les situations où l'on pouvait supposer que des pathologies instrumentales et psychiques coexistaient chez l'enfant* (M. Berger, A. Ferrand, 2003). Lorsque l'origine du trouble n'est plus un enjeu direct dans les entretiens, c'est-à-dire lorsque la responsabilité des parents n'est plus sous-entendue, ces derniers acceptent beaucoup plus volontiers de s'interroger sur leur histoire et sur l'histoire de leur relation avec leur enfant. Dans un second temps, il peut alors être abordé comment la conflictualité du couple, ou un autre facteur familial, est venu et vient toujours complexifier les problèmes d'instabilité auxquels leur enfant est confronté. Le travail familial n'est donc pas entravé par l'énoncé d'un diagnostic causal, ce qui compte le plus étant la capacité du thérapeute à réaliser un tel travail.

En conclusion, ce qui paraˆt le plus important actuellement, c'est la définition d'une méthode, en sachant que les meilleurs évaluateurs de la validité d'une théorie ou d'un processus thérapeutique, ce sont les résultats obtenus au niveau du comportement, de la capacité de penser, et des apprentissages. Sans évaluation précise, l'instabilité restera un

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

domaine rêvé pour les beaux parleurs. Parmi les résultats que l'on peut tenter d'obtenir, il n'y a pas forcément la suppression complète de l'instabilité ou du déficit attentionnel, on n'y parvient pas toujours, Ritaline ou pas ; mais ce qui est important, c'est que l'enfant puisse avoir une représentation du moment où il change d'état, ce qui lui permet de se reconcentrer ou de ralentir sa motricité. Il va donc nous falloir beaucoup d'humilité. Qui organisera cette recherche en tenant tous ces champs ? Une telle recherche passera par la présentation de situations d'une manière honnête, non orientée, sans tronquer des éléments cliniques et neurologiques. C'est un travail de titan qui attend les équipes qui s'attelleront à ce travail.

*Chapitre 8*

# De la résidence alternée aux neurosciences

Il est intéressant d'évoquer ici certaines connaissances qui n'ont pas été prises en compte dans l'édition précédente de 2005 ou qui sont apparues depuis, dans le registre relationnel et dans le domaine des neurosciences.

## Résidence alternée et THADA

Les travaux récents sur les conséquences potentielles de la résidence alternée montrent que les enfants qui vivent dans ce mode d'hébergement marqué par la discontinuité présentent statistiquement plus de THADA que les enfants élevés en hébergement principal. Et chez les enfants des deux groupes qui présentent ce trouble, les difficultés de concentration demeurent constantes chez ceux qui sont élevés en résidence alternée alors qu'elles diminuent dans le temps chez ceux qui sont élevés en hébergement principal. Il s'agit donc d'une « démonstration » de l'impact environnemental.

Une première étude compare trois groupes d'enfants âgés de 12 à 20 mois. Le groupe 1 concerne des parents non séparés ; le groupe 2, des enfants de parents séparés rencontrant leur père seulement dans la journée ; et le groupe 3, des enfants de parents séparés passant régulièrement une ou plusieurs nuits chez leur père. Revus entre l'âge de 24 et 30 mois, les enfants du groupe 3 présentent beaucoup plus de ruptures brutales dans les activités proposées (de petits problèmes à résoudre), ce qui permet d'évaluer la capacité d'explorer et la continuité de la pensée : 27 % de ruptures dans les groupe 1 et 2, 51 % dans le groupe 3. Il s'agit d'un signe précurseur d'un trouble attentionnel (Solomon J., George C., 1999).

La deuxième étude, réalisée avec une méthodologie précise, inclut 2 059 enfants répartis en trois groupes d'âge : inférieur à deux ans (258 enfants) ; 2 à 4 ans (509 enfants) ; 4 à 5 ans (1 292 enfants) (McIntosh J. et coll., 2010, Berger M., 2013). Dans chacun de ces groupes d'âge, quatre sous-groupes sont comparés : les enfants élevés par des parents non séparés (groupe 1) ; élevés en hébergement principal chez un parent (groupe 2) ; élevés en résidence alternée avec une répartition du temps entre parents de 35 %/75 %[1] à 50 %/50 % (groupe 3) ; et les enfants qui ne passent que de rares nuits à l'extérieur, moins d'une fois par mois (groupe 4). Dans chacun de ces sous-groupes, plusieurs items ont été étudiés (vigilance au sens d'un maintien fréquent du contact visuel avec la figure d'attachement, asthme, hyperactivité, troubles affectifs, problèmes de sommeil), en fonction :

- du mode de garde ;
- du mode de garde et de la qualité du parentage (« disponibilité émotionnelle », style chaleureux, hostile, échelle de communication CSBS : *Communication and Symbolic Behaviour Scales*) ;
- du mode de garde, de la qualité du parentage et de la qualité de la relation entre les parents (*Parental Conflict Scale* : fréquence des désaccords, discussion avec l'autre parent pour avis...) ;
- du mode de garde, de la qualité du parentage, de l'échelle de conflit et des caractéristiques socio-économiques des parents (métier, éducation, distance géographique entre les deux parents, etc.).

1. Ce qui correspond au « droit de visite et d'hébergement élargi » français d'un week-end sur deux, une nuit l'autre semaine, et la moitié des vacances scolaires.

Ceci permet de définir par comparaison les troubles qui sont liés au mode de garde en lui-même. Parmi ceux- ci, chez les enfants en résidence alternée âgés de 2 à 3 ans, on observe un plus bas niveau de persévérance dans la pensée et les activités, évalué par la capacité de jouer de manière continue, d'examiner les objets, de reprendre une activité après son interruption. Il s'agit là aussi de précurseurs de l'hyperactivité avec trouble attentionnel. Sur une échelle de 3,7 à 4,4, le score est de 4,3 pour le groupe 1 ; 4,1 pour le groupe 2 ; et 3,9 pour le groupe 3.

Dans le groupe des 4-5 ans, en score mesuré de 0 à 4, le trouble attentionnel est à un niveau 0,6 pour un enfant élevé dans une famille « intacte » (groupe 1), de 1 en hébergement principal (groupe 2), et de 3,5 en résidence alternée. Pour l'hyperkinésie les chiffres sont de 2,4 (famille intacte) ; 2,8 (hébergement principal) ; 3,5 (résidence alternée).

La troisième étude concerne le suivi d'enfants âgés de plus de 5 ans pendant 4 ans après le début d'une médiation dans un contexte de conflit parental (McIntosh et coll., 2010). Elle concerne 169 familles et 260 enfants âgés de 6 à 19 ans. Les évaluations sont faites à T1 (début de la médiation), T2 (trois mois après), T3 (un an après), T4 (quatre ans après) avec les mêmes quatre groupes d'enfants que dans l'étude précédente. Il apparaˆt une fréquence plus importante d'hyperkinésie avec trouble attentionnel liée à l'hébergement en résidence alternée : à T4, les enfants en hébergement principal présentent un indice de THADA à 2,32 % exprimé en score, et ceux en résidence alternée de 3,83 % (score maximal observé). Par ailleurs, plus l'hébergement est rigide, plus on observe ce trouble. Ces difficultés de concentration demeurent constantes chez les enfants en résidence alternée alors qu'elles diminuent dans les autres groupes.

Dans leur consultation, beaucoup de collègues remarquent que de plus en plus d'enfants présentent les symptômes hyperkinésie et trouble attentionnel. L'augmentation du nombre de séparations parentales, donc de discontinuité au niveau des adultes de référence et du cadre de vie, constitue peut-être un facteur qui entre en jeu.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

## MODÉLISATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Cette modélisation concerne principalement les THADA d'origine neurodéveloppementale qui apparaissent hors des principaux contextes décrits au chapitre 2, négligence ou maltraitance grave, dépression maternelle précoce, forçage éducatif.

L'atteinte principale concerne le circuit dopaminergique, et deux gènes qui régulent le transport et la liaison de ce neurotransmetteur semblent impliqués. L'action du méthylphénidate peut être liée au fait qu'il augmente la disponibilité cérébrale de la dopamine.

Par ailleurs, l'approche neuropsychologique décrit, entre autres, *un déficit de capacité d'inhiber*. Ce déficit du contrôle de l'inhibition, qui implique plusieurs circuits fonctionnels, générerait une dysrégulation cognitive et comportementale, en particulier un trouble important des fonctions exécutives (*cf.* annexe 1). Les chercheurs utilisent l'expression forte d'« aversion du délai », cause du déficit d'attention. Des signes neuro-anatomiques peuvent être repérés lors des IRM de différentes zones cérébrales (Sagvolden T. et coll., 2005 ; Sonuga-Barke E. et coll., 2003)[2].

Les fonctions les plus atteintes sont celles liées aux processus temporels. Le but serait d'éviter l'expérience subjective du temps qui passe, et l'hyperkinésie aurait alors comme fonction la recherche ou la création de stimulations continues, l'enfant « tripotant » n'importe quels objets sans que cette activité ait un sens. Ainsi un enfant peut imbriquer des pièces de Lego en recherchant uniquement la contigu¨té : une chaise est posée sur une pièce du mur, puis une lampe est fixée sur cette chaise, puis un lit est mis sur la lampe, etc. Habituellement, à la fin, la maison Lego est totalement démontée sans qu'aucun scénario n'ait été réalisé. Penser cette activité en termes de destructivité, c'est-à-dire de processus psychique à visée élaborative, se révèle inadapté et inefficace dans ces circonstances. Il en est de même de la logorrhée, équivalent verbal de l'hyperkinésie, qui peut alors être comprise plus comme un déficit d'inhibition de la pensée que comme un apport de matériel fantasmatique.

---

2. C. Catale et T. Meulemans (2013) proposent un large panorama des hypothèses actuelles.
Je remercie Karine Lachenal-Chevallet, psychologue, de m'avoir transmis la bibliographie nécessaire.

Ces troubles ne sont pas totalement indépendants de l'environnement, au sens où la manière dont les parents gèrent l'échec du délai d'attente de leur enfant peut influencer l'intensité du trouble, selon qu'ils proposent des réponses « bénéfiques », c'est-à-dire cohérentes et organisées ; ou « négatives », c'est-à-dire incohérentes, impulsives et désorganisées. Les renforcements (encouragements) sont plus efficaces s'ils sont proches du comportement dans le temps, et pourraient même augmenter le taux de dopamine. Des conseils précis peuvent être donnés aux parents (Barkley R.A., 2006, Jolicœur C., 1999) et des logiciels ont été conçus pour aider les enfants. Ces travaux se poursuivent actuellement.

Il faut rappeler ici que les psychothérapies classiques échouent avec de tels enfants, même s'ils en investissent le cadre.

Ainsi en consultation, Vincent, garçon de 5 ans hyperkinétique qui ne tient pas une seconde en place, joue de manière répétitive et stérile, malgré mes tentatives d'interprétation, un scénario dans lequel une figurine ours vient perturber par son agitation une vie familiale tranquille. L'animal lutte au corps à corps contre un gorille qui parvient à le mettre hors de la maison et à l'éloigner, mais en vain car l'ours recommence ses intrusions. On peut penser que cet enfant tente de représenter ainsi son hyperkinésie qui le harcèle de l'intérieur, désorganise en partie la vie familiale, et contre laquelle il essaie de lutter. Et on remarque aussi qu'il développe le mode de jeu décrit au chapitre 7, « en présence de l'autre mais pas avec l'autre » puisqu'à chaque séquence de jeu, après que nous nous sommes répartis les figurines, il se retrouve inévitablement en train de toutes les manipuler tout seul.

Mais cette lecture doit être complexifiée, car Vincent n'accepte de jouer avec moi que si sa mère sort de mon bureau, ce qui m'intrigue. Un an après la première consultation, j'apprends par la neuropsychologue que j'ai sollicitée pour un bilan cognitif, que le père de Vincent joue souvent avec lui à des jeux vidéo de combat, ce que la mère apprécie peu. Donc cet enfant recrée transférentiellement une situation familiale dans laquelle il joue avec un personnage paternel (moi) à des jeux de lutte strictement répétitifs comme les jeux vidéo, en devant se mettre à « l'écart » de la mère pour le faire. De plus, un élément de forçage apparaˆt. Les parents ont demandé une mesure du QI car Vincent comprend rapidement certaines choses et ses problèmes de comportement en classe pourraient donc, d'après eux, être augmentés par le fait qu'il s'y ennuie. Le WISC IV montre qu'il n'est pas surdoué : le QIT est à 116, avec un indice de compréhension verbale à 92, un indice de représentation perceptive à 116, un indice de mémoire de travail à 112, et un indice de vitesse de traitement à

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

> 137. Malgré cela, le père continue de solliciter l'enseignante pour qu'elle propose à son enfant des exercices correspondant à l'année supérieure à sa classe d'âge. J'apprends aussi que cette mère a été très stressée pendant toute sa grossesse car elle préparait intensivement un diplôme important, l'examen final ayant eu lieu quatre jours avant l'accouchement. Or on sait que les stress en cours de grossesse peuvent être à l'origine d'un THADA (Mazet P., Stoleru, S., 1988). De plus, Vincent était en état d'hypoxie à la naissance. À l'âge d'un an, les parents déménagent, ce que la mère de Vincent décrit comme une période là encore très stressante pour elle, d'autant plus que son mari était alors parti travailler à l'étranger pendant un mois, ce qui a pu avoir un impact sur les capacités de leur fils de faire face aux changements : il est angoissé de sortir de sa maison pour aller faire des achats, même intéressants pour lui, et demande très vite à revenir à son domicile.

On constate ici comment l'origine de ce THADA peut être neurodéveloppementale, mais aussi intriquée avec une problématique affective et familiale. J'ignore pourquoi ces éléments importants n'ont été livrés qu'à la neuropsychologue chargée essentiellement du bilan cognitif alors que pendant plusieurs consultations, j'ai exploré de manière précise la période de la grossesse et de la première année de la vie de Vincent. Est-ce parce qu'elle est une femme ayant à peu près le même âge que cette mère ?

## THADA ET TROUBLES DES CONDUITES

Les enfants qui souffrent de THADA présentent des difficultés spécifiques de comportement. Cependant dans 30 % des cas, l'hyperkinésie et le trouble attentionnel sont associés à un trouble des conduites et un trouble oppositionnel avec provocation, certains pédopsychiatres faisant même du THADA le point central des troubles des conduites. Lorsque ces troubles sont intriqués, A. Guedeney (2012) souligne la nécessité de traiter le THADA car ceci permet au sujet d'éprouver un certain contrôle sur ses actions.

L'impulsivité présente dans ces deux troubles constitue une sorte de handicap. Elle se caractérise par une incapacité de retenir une tension en soi, d'attendre, d'inhiber l'action, ce qu'on peut constater avec les épreuves de Go-No Go qui nécessitent de retenir une réponse « immédiate » face à des planches qui présentent des consignes contradictoires « piégeantes ». Le problème majeur est l'incapacité du sujet d'anticiper

les effets de ses paroles, souvent des insultes, et de ses gestes, souvent violents. L'exemple suivant montre la contrainte interne à laquelle est soumis un sujet impulsif.

> Je demande à un garçon de 13 ans qui présente un THADA et un trouble des conduites, s'il pourrait se retenir pendant trois secondes avant de lancer, comme il le fait souvent en cas de contrariété mineure, des paroles qui détruisent ses relations avec autrui. Il prend tranquillement le temps de réfléchir en silence pendant plusieurs minutes pour me répondre finalement que non, il lui est impossible de se retenir même pendant une seconde.

Des travaux récents de neurosciences comparant des IRM fonctionnelles avec le degré d'impulsivité pathologique évalué chez l'adolescent par le *Hare Psychopathy Checklist*, situent la localisation cérébrale de ce dysfonctionnement dans l'aire 6 de Brodman (Schannon B., Kiehl K., 2011).

Soulignons par ailleurs que les troubles cognitifs sont fréquents dans ces deux pathologies, et que les réactions impulsives surviennent souvent lors d'un échec cognitif qui déstabilise le sujet.

D'autres caractéristiques, qu'on ne rencontre pas dans le THADA, sont présentes dans le trouble des conduites, comme le faible niveau d'empathie, la difficulté de reconnaître les expressions faciales, et fréquemment un trouble d'attachement de type désorganisé-désorienté. Le déterminisme de cette pathologie renvoie à des causes multiples, et il est incertain d'en faire une conséquence du THADA dans l'état actuel de nos connaissances.

## Prescription de Méthylphénidate avant 6 ans

Par principe de précaution, la prescription de méthylphénidate est déconseillée avant l'âge de 6 ans par le ministère de la Santé et les laboratoires qui fabriquent ce médicament. De plus, afin d'éviter les abus, le diagnostic de THADA ne doit pas être porté avant cet âge d'après le DSM IV. Ces précautions sont fondées car le risque existe de désigner comme présentant un THADA tout enfant turbulent, ou agité du fait d'une angoisse sous-jacente, mais elles posent un problème de taille. En effet, elles laissent dans un grand état de désorganisation

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

psychique certains enfants qui, du fait de négligences importantes subies pendant leur petite enfance, ou d'une particularité neuro-développementale, ou d'une maladie génétique telle que le syndrome d'Angelman, présentent une hyperkinésie et un déficit attentionnel majeurs qui ne sont pas atténués par une thérapie psychomotrice ou autre, ou par une modification du contexte environnemental (guidance parentale, placement éventuel en famille d'accueil). La question doit être posée sans échappatoire : dans quel état laisse-t-on ces enfants pendant des années, en refusant de leur prescrire du méthylphénidate ? Dans une discontinuité de pensée profonde et permanente ; dans une répétitivité dénuée de tout sens et interminable.

Dès 1992, un article indiquait la possibilité de prescrire à partir de l'âge de 2 ans 10 mois dans de telles circonstances (Carrey N., Hosenbocus S., 1992). Il est certain que le rapport bénéfice/risque doit être soigneusement pesé. Mais j'ai constaté que dans de tels contextes, l'amélioration clinique de l'enfant peut être considérable et s'accompagner d'acquisitions cognitives et motrices importantes, avec une meilleure intégration familiale et scolaire. Le faible poids de l'enfant nécessite d'adapter la dose à 0,25 mg près, et il existe le risque d'une stagnation pondérale. On peut espérer que de nouveaux médicaments faciliteront de telles prescriptions.

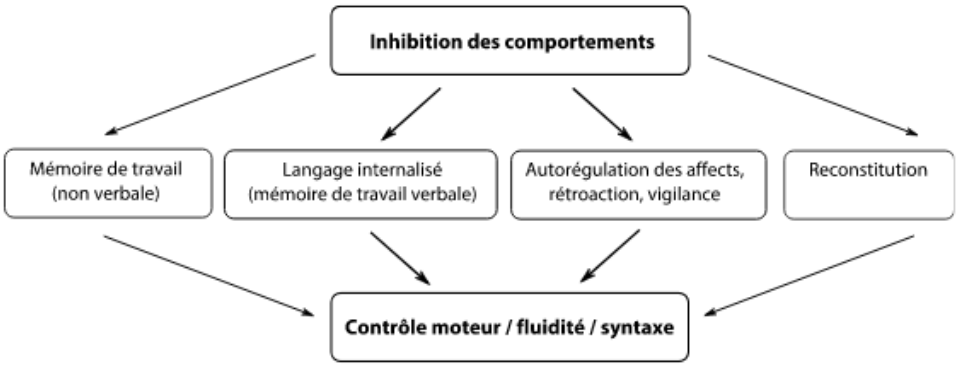
## ANNEXE 1 : LES FONCTIONS EXÉCUTIVES SELON LE MODÈLE DE BARKLEY

On parle de fonctions exécutives chaque fois qu'un comportement en cours doit être interrompu et réorienté. Elles sont mises en œuvre lorsqu'un sujet doit aller au-delà de ses habiletés cognitives apprises et « automatiques ». Elles permettent d'effectuer des tâches non habituelles et complexes.

## Modèle explicatif et théorique[3]

Les difficultés éprouvées par les personnes ayant un THADA découlent d'une grande difficulté à retenir ou à maˆtriser les réponses à une situation par un manque de contrôle de soi. Le délai de la réponse serait trop rapide. Le manque de contrôle affecterait les quatre fonctions exécutives qui gouvernent différentes sphères d'activités mentales, la mémoire de travail, l'autorégulation de l'affect, la motivation et la vigilance, le langage internalisé et la reconstitution. Ces fonctions exécutives situées dans le lobe frontal du cerveau sont reliées entre elles. Chacune de ces fonctions a des tâches particulières et achemine les informations reçues à une autre fonction, qui elle-même la transfère à une autre. Elles constituent un « centre de coordination des informations » qui régit les comportements.

Comprendre le rôle de chacune des fonctions exécutives permet d'interpréter plus justement les réactions des personnes qui présentent un THADA. Ce modèle explicatif rend également possible d'adopter des stratégies d'interventions efficaces et d'éviter les manières de faire qui risquent d'avoir moins de succès.




3. Ce texte est un extrait d'un document élaboré par la commission scolaire des samares (Québec) afin d'aider les enseignants et les parents à comprendre les troubles des enfants qui présentent un THADA.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

**Tableau explicatif des fonctions exécutives**

| La mémoire de travail (non verbale) | |
|---|---|
| Qu'est-ce ? | • capacité et quantité d'informations que l'on peut garder à l'esprit pendant qu'on les traite (consignes multiples).<br>• capacité de manipuler, de comparer et d'étudier l'information.<br>• conscience du temps qui permet de comparer au passé, d'anticiper les conséquences et l'avenir.<br>• demeurer conscient de soi. |
| Manifestations du déficit | • agir au lieu de comparer, d'étudier la situation.<br>• ne pas prévoir les conséquences.<br>• oublier de se rappeler le passé et ses impacts sur le futur.<br>• avoir de la difficulté à maintenir l'information à l'esprit, à la catégoriser et à la classer.<br>• vivre essentiellement le moment présent. |
| Exemples concrets | • donne l'impression d'agir au lieu de réfléchir.<br>• est surpris d'une conséquence, ne la comprend pas.<br>• fait de fréquents oublis, a besoin de pense-bêtes.<br>• ne semble pas apprendre de ses erreurs (pas par manque de volonté), recommence le même comportement inadéquat.<br>• ne parvient pas à modifier son attitude ou son comportement suite à une conséquence négative.<br>• ne fait qu'une partie du travail, oublie le reste.<br>• perd vite le sens d'un texte. |

| Le langage internalisé (mémoire de travail verbale) | |
|---|---|
| Qu'est-ce ? | • dialogue intérieur que l'on utilise pour contrôler nos comportements et se motiver. Exemple : l'autoquestionnement.<br>• instruction que l'on se donne et qui nous aide à réagir de manière adéquate à une situation et à maintenir les efforts requis.<br>• ce langage favorise l'intériorisation des règles de conduite qui gouvernent notre façon de se comporter.<br>• il commence à se développer vers de l'âge de 6 ans et devrait être complété vers à l'âge de 12 ans (raisonnement verbal). |
| Manifestations du déficit | • ne se parle pas pour se contrôler.<br>• ne se donne pas d'automotivation.<br>• n'intériorise pas les règles de conduite.<br>• a de la difficulté à généraliser les comportements appris.<br>• a de la difficulté à comprendre un texte ou une résolution de problème. |
| Exemples concrets | • ne s'encourage pas pour terminer un travail.<br>• ne se redit pas les instructions données pour savoir comment faire.<br>• ne se dit pas de se calmer dans une situation où il sent qu'il va exploser.<br>• ne se résume pas une situation pour la comprendre. |

| L'autorégulation de l'affect, de la motivation et de la vigilance | |
|---|---|
| Qu'est-ce ? | • habileté à séparer nos sentiments de nos réactions afin de produire une réaction adaptée.<br>• capacité de se donner un temps de réaction avant d'agir.<br>• capacité de retenir son action pour demeurer attentif aux détails.<br>• et de gérer son énergie ou son intensité afin de maintenir sa motivation et ses capacités pour l'ensemble d'un travail. |
| Manifestations du déficit | • agir tout de suite face à une situation qui se présente sans l'évaluer et analyser les conséquences de l'action.<br>• réagir de façon impulsive à une situation, sans inhiber l'émotion.<br>• provoquer l'hostilité et le rejet par ses réactions chargées émotionnellement. |
| Exemples concrets | • choisit la récompense ou la sensation plaisante immédiatement. Ne gère pas ou ne retarde pas le plaisir.<br>• est envahi par ses émotions et réagit tout de suite avec intensité aux événements vécus.<br>• est hypersensible aux événements : colère, larmes faciles, impression d'avoir les émotions à fleur de peau.<br>• a une intolérance marquée à la frustration.<br>• a des réactions impulsives.<br>• n'anticipe pas les conséquences chez les autres. Exemple : fait trébucher quelqu'un parce que c'est drôle mais n'avait pas l'intention de lui faire mal. |

| Analyse et synthèse (reconstitution) | |
|---|---|
| Qu'est-ce ? | • être capable de décortiquer les informations reçues et de les recombiner pour comprendre la situation et avoir le comportement approprié.<br>• être capable de décomposer et de reconstituer pour être en mesure d'abstraire les éléments importants.<br>• être capable de tirer l'essentiel du superflu.<br>• être capable de faire le tri des informations.<br>• être capable de créer une réponse appropriée, d'avoir des solutions diversifiées. |
| Manifestations du déficit | • tous les détails prennent une valeur égale.<br>• difficulté à planifier et à organiser le travail à faire.<br>• difficultés à prioriser.<br>• difficulté à faire des regroupements.<br>• difficulté à extraire l'essentiel du superflu.<br>• difficulté à tirer des leçons des expériences. |
| Exemples concrets | • éprouve des difficultés à trouver l'idée principale d'un texte, donc difficulté à résumer, à répondre aux questions.<br>• éprouve des difficultés à démarrer un travail car ne parvient pas à prioriser ce par quoi il faut commencer.<br>• éprouve des difficultés à classer et ordonner les choses.<br>• éprouve des difficultés à avoir le bon comportement lors de situations excitantes et stressantes.<br>• fonctionne davantage globalement plutôt que de façon séquentielle. |

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

# Conclusion

Au début de cette recherche, et ce fut une de nos motivations, nous étions confrontés à d'importantes difficultés dans la prise en charge des enfants instables qui nous étaient adressés. Nous n'avions pas de conceptualisation adéquate sur laquelle nous étayer, nous mettions en place des tentatives thérapeutiques sans savoir si elles étaient adaptées et pendant combien de temps il était légitime de les poursuivre. Notre curiosité collective nous a permis de dégager les premiers points d'appui théoriques et les principes thérapeutiques qui ont été décrits ci-dessus.

Ces premières hypothèses nous permettent de poursuivre la recherche avec plus de tranquillité d'esprit. Cependant, si elles apportent des réponses, elles soulèvent aussi beaucoup d'interrogations. Par exemple, les enfants dont la prise en charge débute par des jeux moteurs prolongés peuvent-ils tous progresser vers le deuxième temps plus mentalisé que nous avons décrit ? Sinon, de quelle façon évoluera leur mode de fonctionnement psychique ?

On peut aussi se demander s'il est adéquat de chercher une théorie « unique » de l'instabilité. Les enfants instables présentent des degrés de mentalisation très variables : certains d'entre eux ont d'emblée une capacité saine de fantasmer et de jouer, sauf lorsqu'ils sont paralysés et angoissés face à un visage inconnu ; d'autres ont une hyperactivité imaginaire qui est la traduction en termes fantasmatiques de leur instabilité physique ; d'autres encore sont incapables d'avoir le moindre fantasme, le mot reste la chose et rien que la chose ; etc. On peut aussi rencontrer tous les niveaux d'atteinte cognitive : certains enfants ont des capacités d'apprentissage intactes, d'autres

sont englués dans une représentation de leur corps et de l'espace qui ne leur permet pas de « creuser » l'espace entre eux-mêmes et le monde, ce qui fausse leurs repères aux objets extérieurs ; d'autres ne peuvent pas avoir une activité de liaison entre leurs pensées qui dure plus que quelques secondes. L'intégration des pulsions sexuelles varie elle aussi suivant le niveau de fonctionnement des enfants, et suivant leur histoire personnelle et transgénérationnelle. Et les processus décrits (procédés autocalmants, incapacité à se représenter un espace imaginaire, etc.) sont présents et associés de manière très différente chez chaque enfant.

Existe-t-il donc réellement une structure psychique spécifique aux enfants instables ? Malgré cette apparente hétérogénéité, on constate une unité particulière : le passage, à un moment précoce de la vie psychique du sujet, par – ou à – une activité motrice inorganisée, sans rythme, et persistante. Mais la clinique montre que l'instabilité a des origines diverses, qui peuvent être en lien avec un trouble neurodéveloppemental et/ou concerner ce qui n'a pas pu se structurer psychiquement chez un sujet grâce à un échange intersubjectif avec son environnement à une période préverbale.

Face à autant d'interrogations, notre travail de recherche se poursuit.

D'une manière générale, il nous paraˆt souhaitable que toute recherche dans le domaine de l'instabilité satisfasse au moins aux deux conditions suivantes :

– ne jamais partir d'hypothèses préétablies mais observer la clinique et la manière dont elle est éventuellement modifiée par les propositions thérapeutiques. C'est cette absence de préjugé, par exemple, qui nous a permis de tenter de mettre en place un groupe d'enfants instables et de constater que ce cadre était d'emblée respecté et permettrait la construction commune de scénarios assez élaborés ;
– accumuler des suivis longitudinaux fins, ce qui n'est pas facile, pour vérifier les hypothèses et se constituer de l'expérience.

Sans ces deux précautions, on peut « tout » affirmer.

# Table des observations


Observation n° 1 – Mme B 11
Observation n° 2 – Céline C 18
Observation n° 3 – Coline D 22
Observation n° 4 – Clotilde E 31
Observation n° 5 – Magali J 32
Observation n° 6 – Murielle 35
Observation n° 7 – Noël 47
Observation n° 8 – Bertrand 50
Observation n° 9 – Bernard 77
Observation n° 10 – Marie H 90
Observation n° 11 – Amélie T 95
Observation n° 12 – Jérôme L 98
Observation n° 13 – Simon N. 120
Observation n° 14 – Suzanne 126
Observation n° 15 – Claire 127
Observation n° 16 – Aurélien 129

# Bibliographie


ABRAHAM N. (1987), « Pour introduire l'instinct filial », in ABRAHAM N., TOROK M., *L'Écorce et le noyau*, Flammarion, p. 334-383.

ANZIEU D. (1975), « Le transfert paradoxal », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 12, p. 49-72.

ANZIEU D. (1979), « La démarche de l'analyse transitionnelle dans la cure de l'analyse individuelle », in KAES R., MISSENARD A., KASPI R., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BLEGER J., *Crise, rupture et dépassement,* Paris, Dunod, p. 184-219.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

ANZIEU D. (1987), « Les signifiants formels et le Moi-Peau », in ANZIEU D. et coll. *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, p. 1-22.

AUTO MOTO (1998), « Les conducteurs européens à la loupe », 52, p. 6-7.

BANGE F., Mouren-Simeoni M.C., 2003, « Le point de vue du prescripteur », *Le Carnet Psy*, 78, p. 17-19.

BARKLEY R.A. (2006), *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*, New York, Guilford Press.

BELLION M. (1998), *Les Troubles relationnels chez l'enfant hyperkinétique*, thèse de doctorat en psychologie, université Louis Pasteur, Strasbourg 1.

BELLION M., ABECASSIS J. (1998), « Psychodynamique familiale et hyperkinésie infantile : une question interdisciplinaire », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescent*, 46, p. 447-458.

BERGER M. (1986), *Entretiens familiaux et champ transitionnel*, Paris, PUF.

BERGER M. (1987), *Pratique des entretiens familiaux*, Paris, PUF.

BERGER M. (1990), *Des entretiens familiaux à la représentation de soi*, Paris, Editions du Collège de psychanalyse familiale, Paris.

BERGER M. (1995), *Le Travail thérapeutique avec la famille*, Paris, Dunod.

BERGER M. (1996), *Les Troubles du développement cognitif*, Paris, Dunod.

BERGER M. (1997), *L'Enfant et la souffrance de la séparation*, Paris, Dunod.

BERGER M. (1998), « Le sport de haut niveau : une emprise compulsive sur le corps », *Cahiers de psychologie clinique*, 10, p. 117-135.

BERGER M. (2013), *Recherches récentes sur la résidence alternée*, Conférence prononcée au colloque « Résidence alternée. Quels effets psychologiques pour les enfants ? », Paris.

BERGER M., et coll. (1985), « Traitement par le Sultopride d'un enfant de trois ans et demi présentant une agressivité et une instabilité psychomotrice majeures », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,* 4-5, p. 197-199.

BERGER M., FERRAND, (2003), « Le travail psychanalytique dans les troubles de l'apprentissage », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolecent*, 51, p. 212-222.

BERGER M, OBER M.L. (1978), « Traitement par le Méthylphénidate d'un enfant instable psychomoteur majeur. Conséquences sur sa psychothérapie », *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 1, p. 37-44.

BERGES J. (1985), « Les troubles psychomoteurs chez l'enfant », in LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Traité de psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2, p. 365-383.

BICK E. (1968), « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces », tr. fr. dans MELTZER D. et coll., *Explorations dans le monde de l'autisme*, 1980.

BILLARD C. (1996), « L'enfant avec hyperactivité. Définition de la pathologie et enjeux thérapeutiques », *ANAE* hors série *L'enfant avec hyperactivité et déficits associés* ?, p. 5-6.

BION W. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.

BRETTE F., ROUSSILLON R. (1987), « Carence fantasmatique et l'activité « seconde peau », *Revue française de psychanalyse,* LI, 2, p. 659-663.

CAHN R. (1972), « Défauts d'intégration primaire et inhibition des apprentissages instrumentaux et cognitifs », *Revue française de psychanalyse*, XXXVI, 5-6, p. 955-971.

CAREL A. (1993), « Dépression et lien primaire au regard de la thérapie familiale psychanalytique », exposé fait au dixième congrès de thérapie familiale psychanalytique, Grenoble.

CARREY N., HOSENBOCUS S. (1992), « Les psychostimulants chez l'enfant d'âge préscolaire », *Prisme*, 3, 2, p. 302-306.

CATALE C., MEULEMANS T. (2013), Diagnostic, évaluation et prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité : le point de vue du neuropsychologue, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, p. 140-147.

CICCONE A. (1995), « Le nourrisson et la douleur psychique », *Dialogue*, 128, p. 6-15.

COMPERNOLLE T. (1997), *Du calme !,* Bruxelles, De Boeck et Belin.

CORRAZE J., ALBARET J.M. (1996), *L'Enfant agité et distrait*, Paris, ESF.

CYRULNIK B., HUBERT P. (1977), « Pressions environnementales

influant sur la prescription des psychotropes », *Encycl. Méd. Chir., Instantanés médicaux*, 1, p. 43-44.

DAVID M. (1997) « Activité spontanée et fonctionnement mental préverbal du nourrisson », in *Que sont les bébés devenus ?* coll. « Mille et un bébés », Ramonville, Éres, p. 61-81.

DENIS P. (1992), « Emprise et théorie des pulsions », *Revue française de psychanalyse*, LVI, 5, p. 1297-1421.

DANON-BOILEAU L. (1999), « Affect, éprouvé, émotion, sentiment : notations terminologiques », *Revue française de psychanalyse*, LXIII, 1, p. 9-12.

DIATKINE R., DENIS P. (1985) « Les psychoses infantiles », in LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2, p. 187-224.

DIATKINE R. (1995), « Les psychoses infantiles, en dehors de l'autisme infantile précoce », in LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 2, p. 1297-1313.

DUGAS M. (1987), *L'Hyperactivité de l'enfant*, Paris, « Nodules », PUF.

DURIVAGE J., ROUSSEAU H. (1992), « Thérapies psychomotrices et syndrome déficitaire de l'attention », *Prisme*, Volumes 3, 2, p. 285-292.

FAIN M. (1990), « Virilité et antihystérie. Les rouleurs de mécanique », *Revue française de psychanalyse*, LIV, 5, p. 1283-1291.

FAIN M. (1993), « Spéculations métapsychologiques hasardeuses à partir de l'étude des procédés autocalmants », *Revue française de psychosomatique*, 4, p. 59-67.

FENICHEL O. (1953), *La Théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF.

FERENCZI S. (1933), « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », tr. fr. in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot, 1982, p. 125-135.

FLAGEY D. (1973), « Réflexions sur les indications de la thérapie psychomotrice en pédopsychiatrie », *Thérapie psychomotrice*, 20, p. 15-24.

FLAGEY D. (1981), « Réflexions sur les troubles de l'apprentissage », *Les Séminaires de médecine scolaire*, Université catholique de Louvain, tome 87, décembre, p. 3-9.

FLAVIGNY C. (1988), « Psychodynamique de l'instabilité infantile », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, p. 445-473.

GAUTHIER J.M., (1987), « Pascaline et l'espace imaginaire », *Thérapie psychomotrice*, n°73.

GAUTHIER J.M., (1999), « Le corps et son interprète », in *Le Corps de l'enfant psychotique,* Paris, Dunod p. 119-142.

GUEDENEY N. (1989), « Les enfants de parents déprimés », *Psychiatrie de l'enfant*, 1, p. 269-309.

GUEDENEY A. (2012), *Attachement et troubles du comportement,* Conférence prononcée au colloque « Attachement désorganisé, traumatismes relationnels précoces, violences infantiles », Brumath.

JOLICŒUR C. (1999), « Les dix principes directeurs dans l'éducation des enfants atteints du Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité », http://www.deficitattention.info/barkley.html

JOLY F, (1996), « Figures contemporaines et formes limites des instabi-

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

lités chez l'enfant », in *Les Formes contemporaines du malaise dans la civilisation*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, p. 73-101.

MARCELLI D., NADEL J. (1997), « Interactions mères déprimées-bébé. Étude à partir d'un protocole vidéoscopique en direct et en différé », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, p. 505-531.

MARTY P. (1980), *L'Ordre psychosomatique*, Paris, Payot.

MARTY P., FAIN M. (1954), « Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet », *Revue française de psychanalyse*, XIX, 1-2, p. 205-284.

MASSIE H., SZAJNBERG N., BRODY S. (1998), *L'Évolution de 6 enfants hyperactifs de la naissance à l'âge de 30 ans : études psychanalytiques*, exposé fait à la journée d'études franco-américaines du Centre Alfred Binet.

MAZET P., STOLERU S. (1988), *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.

McINTOSH J., SMYTH B., KELAHER M. et coll. (2010), Post separation parenting arrangements and developmental outcomes for infants and children: Collected reports. Three reports prepared for the Australian Government Attorney-General's Department. Canberra: Attorney-General's Department.

MELTZER D., (1985), "L'objet esthétique", *Revue française de Psychanalyse*, 5, p. 1385-1389.

MENECHAL J., GILOOTS M. (1998), « L'hyperactivité infantile au risque de la perversion », exposé prononcé au colloque *Éthique et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Entre théories et pratiques*, Nancy.

MESSERSCHMITT P. (1995), « Syndrôme hyperkinétique », *Médecine et Enfance*, mai, p. 339-342.

MICOUIN G., BOUCRIS J.C. (1988), « L'enfant instable ou hyperkinétique. Une étude comparée des concepts », *Psychiatrie de l'enfant*, 2, p 473-507.

PARPILLAT G. (1996), « Instabilité et psychosomatique », *Thérapie psychomotrice et recherches*, 107, p. 20-26.

PICCO M. (1998), *L'Évitement relationnel du nourrisson*, mémoire de DEA, université Lyon II.

RACAMIER P.C. (1978), « Les paradoxes des schizophrènes », *Revue française de psychanalyse*, XXXXII, 5-6, p. 877-969.

ROSOLATO G. (1985), *Éléments de l'interprétation*, Paris, Gallimard.

ROUSSILLON R. (1978), *Du paradoxe incontenable au paradoxe contenu*, thèse de doctorat de psychologie, université Lyon II.

ROUSSILLON R. (1985), « La réaction thérapeutique négative : du protiste au jeu de cubes », *Revue française de psychanalyse*, XLIX, 2, p. 597-621.

ROUSSILLON R. (1988), « Le médium malléable : la représentation de la représentation et la pulsion d'emprise », *Revue belge de psychanalyse*, 13, p. 71-87.

ROUSSILLON R. (1995), « La métapsychologie des processus et la transitionnalité », *Revue française de psychanalyse*, LIX, 5, p. 135-151.

SAGVOLDEN T. et coll. (2005), "A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes", *Behavorial and brain sciences*, 28, p. 397-468.

SAIAG. M.C. (2001), « Traitement par la Ritaline », in *L'Hyperactivité infantile*, Paris, Dunod, p. 151-154.

SAIAG M.C., POISSON SALOMON A.S. (1995), « Évaluation des procédures de diagnostic et de prise en charge des enfants présentant une hyperactivité », ANAE, 32, P. 39-45

SAMI ALI (1974), *L'Espace imaginaire*, Paris, Gallimard.

SAMI ALI (1980), *Le Banal*, Paris, Gallimard.

SAMI ALI (1984), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod.

SAMI ALI (1986), « À propos de la psychomotricité et de la psychosomatique », *Thérapie psychomotrice et recherches*, 72, 4, p. 7-24.

SAMI ALI (1992), « Entretien avec le Professeur SAMI-ALI », A. CALZA, M. CONTANT, *Thérapie psychomotrice et recherches*, 95, p. 4-11

SHANNON B., KIEHL K. (2011), Premotor functional connectivity predicts impulsivity of juvenile offenders. Proc Natl Acad Sci. Publié en ligne. Résumé dans Le Quotidien du médecin, 8991, 29-6-2011.

SMADJA C. (1993), « À propos des procédés autocalmants du Moi », *Revue française de psychosomatique*, 4, p. 9-26.

SMADJA C. (1998), « Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique », *Revue française de psychanalyse*, LXII, 5, p. 1367-1440.

SOLOMON J., GEORGE C. (1999). « The affects of attachment of overnight visitation in divorced and separated families. A longitudinal follow-up », *Attachment and Human Development*, 1, 243-264.

SONUGA-BARKE E. et coll. (2003), The dual pathway model of AD/HD : An elaboration of neurodevelopmental characteristics, *Neuroscience and Behavorial Reviews, 27,* 7, p. 593-604.

STEIN J., MONACO T., (interview de B. GOLFIER) (1998), « Dyslexie : l'existence de gènes de susceptibilité est confirmée », *Quotidien du médecin*, 6233, p. 15.

SZWEC G. (1993), « Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires », *Revue française de psychosomatique*, 4, p. 27-51.

SZWEC G. (1995), « Relation mère-enfant machinale et procédés autocalmants », *Revue française de psychosomatique*, 8, p. 69-89.

SZWEC G. (1998), « La vie, mode l'emploi », *Revue française de psychanalyse*, LXII, 5, p. 1505-1517.

THOMAS-ANTERION C. et coll. (1994), « Trouble de l'apprentissage de l'orthographe. Étude neuropsychologique de deux adolescents présentant une dysgraphie développementale », *Revue de neurologie,* 150, 12, p. 827-834.

TOUZIN M., LE HAUZET M.F., MOUREN-SIMEONI M.C. (1997), « Hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des apprentissages », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 9, p. 502-508.

VALLEE L. (1997), « Hyperactivité motrice et déficits associés : nécessité d'une approche multidisciplinaire », *ANAE*, 43, p. 101-102.

WALLON H. (1925), *L'Enfant turbulent*, Paris, Alcan.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

WINNICOTT D. W. (1958), « La capacité d'être seul « in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, tr. fr. Paris, Payot, 1969, p. 205-213.

WINNICOTT D. W. (1962), « Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant », in *Processus de maturation chez l'enfant*, tr. fr. Paris, Payot, 1970, p. 9-18.

ZANOTTI M. (1998), « L'hyperactivité de l'enfant », *Le Carnet psy*, février, p. 33-34.

# Index


**A**

adopté 22, 50, 95
adoption 9
angoisse 8, 28, 35, 75, 82
apprendre 110
apprentissage 8
archa¨que 14, 83
autocalmants 74
automate 122

**C**

causalité 134
contamination 78
continuité 36, 58, 72, 78, 111
corps 1, 76, 78
couple 54
culpabilité 72
curiosité 116

**D**

défense maniaque 13
dépression 27
— maternelle 25, 71
différenciation 57
DSM IV 7
dysfonctionnement cérébral minime 10
dyslexie-dysorthographie 7, 9
dysphasie 37, 47

**E**

écopharmacologie 112
ennemi 52, 79
entretiens familiaux 43, 59, 136
enveloppes 15
espace imaginaire 50, 76
évaluation 137

**F**

familiale 19
forçage 28
fragilité narcissique 7

**G**

génétique 9
groupe 45, 55

**H**

hallucination 97
hallucinatoire 22

*holding* 69
*holding* 61
hyperkinésie 7
hypermature 33
hystérique 20

**I**

idéologie 133
immobilisation 81
immobiliser 71
impulsivité 7
incertitude 125
instabilité 5
intégration 69, 72
interaction 26
— précoce 9
interprétation 59

**J**

jeu 115

**L**

liens 22, 24

**M**

maˆtrise 62, 93
maˆtriser 71
malléabilité 84
malléable 62
mères nerveuses 34
miroir 85
motricité 3
mouvement 1, 59, 65, 71, 80, 83
muscle 2, 80

**N**

narcissisme primaire 70, 81
neurologique 136

**O**

objet primaire 22, 62, 68, 74
observation 39
œdipien 20, 57, 86
omnipotence 69
opératoire 17

**P**

paradoxal 14, 70, 76
pare-excitation 50
parents 6, 42
pathologie du mouvement 1
pères 27
psychanalystes 1, 12
psychomotriciennes 89
psychomotricité 45
psychoses 14
psychothérapie 12, 45
psychotiques 19
pulsion 73, 75
— sexuelle 86
pulsionnel 58, 84

**R**

recherche 138
récit 46, 49, 52
représentatif 46, 52
représentation 8, 67, 78, 103
Ritaline 109, 119
rythme 29
rythmicité 52, 62, 76, 78

## S

scène primitive 51, 104
scolaire 8
sexualité 86
signifiants formels 24, 73
spéculaire 60
sportifs 2
symbolisation 84, 85

## T

théorie 131
thérapie psychomotrice 58
transfert 47, 71, 78
transitionnalité 64
troubles
— d'évocation 37
— de l'attention 7
— instrumentaux 37

## V

visage 26, 35, 60